الأنثروبولوجيا الطبية

دراسات نظرية وبحوث ميدانية

سلسلة علم الاجتماع المعاصر
الكتاب الحادى والثمانون

الأنثروبولوجيا الطبية

دراسات نظرية وبحوث ميدانية

د. على محمد المكاوى
أستاذ علم الاجتماع والأنثروبولوجيا
كلية الآداب - جامعة القاهرة

الناشر
دار النصر للتوزيع والنشر
بجامعة القاهرة

دار المعرفة الجامعية
للطبع والنشر والتوزيع

❁ الادارة : ٤٠ شارع سوتير
الازاريطة ـ الاسكندرية
ت : ٤٨٣٠١٦٣

❁ الفرع : ٣٨٧ شارع قنال السويس
الشاطبي ـ الاسكندرية
ت : ٥٩٧٣١٤٦

بسم الله الرحمن الرحيم

« والله جعل لكم مما خلق ظلالاً وجعل لكم من الجبال أكناناً وجعل لكم سرابيل تقيكم الحر وسرابيل تقيكم بأسكم كذلك يتم نعمته عليكم لعلكم تسلمون »

صدق الله العظيم

(النحل ٨١)

الإهـــداء :

إلى ابنتى
إســـــراء على المكاوى
التى تزامنت ولادتهــــا
مع ميلاد هذه الدراســة ،
أنبتها الله نباتاً حســـــناً
وجعلها من الصالحـــين .

بسم الله الرحمن الرحيم

مقــدمة

تعد الصحة والمرض مقياساً يحدد مدى كفاءة المجتمعات الإنسانية ، بما يتضمنه من خصائص بيولوجية وثقافية واجتماعية وبيئية . وإذا كان الطب الحديث اهتم بالعمليات البيولوجية بالدرجة الأولى ، إلا إنه بدأ يهتم فى الوقت الحاضر بتأثير الثقافة والمجتمع على الصحة والمرض . ولعل تاريخ الطب يحوى شواهد على الاهتمام بالأحوال الاجتماعية والثقافية والنظم وتأثيرها على الصحة والمرض فى مجتمعاتنا العربية الاسلامية بدءاً من القرن التاسع الميلادى(*) ، وفى المجتمعات الأوربية خلال القرن التاسع عشر الميلادى . وتمثل ذلك فى محاولات شادويك (١٨٤٢) وفيرشو Virchow ونيومان Neuman (١٨٤٨) فى بريطانيا ، وكورتجان فى ألمانيا (١٨٤٨) ، وسيجريست (١٨٥٠) فى سويسرا . وقد ازداد هذا الاهتمام بسبب تفاقم مشكلات الصحة العامة التى تزامنت مع الثورة الصناعية .

وقد سعى الطب آنئذ لمعرفة أسباب المرض ، وانتهى إلى أنها عوامل ووسائل متناهية فى الصغر ، وتتمثل فى الميكروبات التى تؤثر على خلايا الجسم . ومع تقدم البحث العلمى ، ظهرت أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية ، حيث توقف الأطباء أمام أمراض وحالات لا ترجع إلى الأسباب المعروفة للمرض ، وإنما ترجع إلى عوامل سياسية وسيكولوجية واجتماعية وثقافية واقتصادية .

ويظهر التأثير المرضى لهذه العوامل فى النهاية فى صورة اختلالات واضطرابات وظيفية وفسيولوجية وسلوكية وسيكولوجية . ومن هنا أدرك الأطباء أهمية هذه العوامل الجديدة عليهم ، وبدأوا يتحررون من أسر النموذج البيولوجى للمرض إلى النماذج الاجتماعية والثقافية والاقتصادية وغيرها ،

(*) حول إسهامات العرب فى هذا المجال أنظر : د . على المكاوى ، جهود العلماء العرب فى تأصيل علم الاجتماع الطبى ، ورقة مقدمة إلى مؤتمر أعلام دمياط ، كلية التربية بدمياط جامعة المنصورة ، خلال الفترة من ٤ ـــ ٧ مارس ١٩٨٩ ، ص ص ٣ ـــ ١٥ .

وصاروا يتعاونون مع علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا . وفى هذا الصدد يطالب جالدستون Galdston بالمزيد من المعرفة الأنثروبولوجية فى مجال الطب ، حول القوى والعوامل المسببة للمرض كالعوامل الإيكولوجية والاجتماعية والثقافية .

إن الأنثروبولوجيا الطبية علم يبحث فى العلاقة بين الثقافة (باعتبارها الموضوع الأساسى فى الأنثروبولوجيا) والصحة والمرض (باعتبارهما موضوعى اهتمام الطب) . لذلك فهى تعنى « الدراسة الكلية المقارنة للثقافة ومدى تأثيرها على المرض والرعاية الصحية » . وهناك إرهاصات إثنوجرافية منذ العشرينات مهدت لظهور الأنثروبولوجيا الطبية . إلا أنها ازدهرت منذ الخمسينيات ، حينما أسهمت فى دارسة المشكلات الطبية ، وشهدت الفترة من ١٩٦٢ حتى ١٩٧٢ تطوراً ملحوظاً ، حدّد هوية العلم وقضاياه ومجالات الدراسة فيه(*) .

وفى ضوء ذلك تعددت مجالات الاهتمام المشترك بين الأطباء والأنثروبولوجيين ومنها كيفية المحافظة على الصحة والوقاية من المرض والتأثير السلوكى على هذه العملية ، والعوامل الثقافية المسببة للأمراض والوبائيات . وبالتالى تسود النظرة للصحة والمرض فى ارتباطهما بنوعية الحياة والحفاظ عليها . كذلك اهتمت الأنثروبولوجيا الطبية بالبرامج الصحية والتعليم الطبى ، والبحث الطبى والممارسات الطبية الشعبية ، وطب المجتمع والتخطيط السكانى والتمريض والتغذية والوبائيات .

أقسام الكتاب :

يقع الكتاب فى بابين رئيسيين يحويان ثمانية فصول . أما **الباب الأول** فهو تأصيل نظرى للأنثروبولوجيا الطبية وقضايا الصحة والمرض عبر أربعة فصول اختص **الفصل الأول** بتحديد « مجال الأنثروبولوجيا الطبية » ، وتناول **الفصل الثانى** « الثقافة والصحة والمرض » بينما يعالج **الفصل الثالث** « أنماط التفاعل بين الطب الشعبى والرسمى » حيث يستعرض العلاقة بين الخدمات الصحية الرسمية وغير الرسمية فى المجتمع المصرى وبعض المجتمعات الأخرى . على حين يبرز

(*) راجع التفاصيل فى الفصل الأول

الفصل الرابع دور الأنثروبولوجيا الطبية فى دراسة « المستشفى كنسق ثقافى » ، ويعرض نماذج من تلك الدارسات .

أما الباب الثانى فهو يتناول « الأنثروبولوجيا وواقع الصحة والمرض فى بعض المجتمعات العربية : دراسات ميدانية » . وتكادهذه الدارسات الميدانية تنصب على الممارسات الطبية الشعبية عند جماعة من المعالجين المتخصصين فى علاج الأمراض الشائعة فى اليمن والسودان وقطر ، بينما الدراسة الميدانية الأخيرة فهى تتصدى لنظام الزواج القرابى وأثره على الصحة ، وبالتالى فهى تخرج عن نطاق الطب الشعبى وتندرج تحت مجال الصحة العامة . وقد أجرينا هذه الدراسات الميدانية الأربع ما بين عامى ١٩٨٧ و ١٩٩٠ فى أثناء قيامنا بالتدريس بجامعات القاهرة وأم درمان الإسلامية بالسودان ، وجامعة قطر بدولة قطر .

أما أول فصول هذا الباب ، الفصل الخامس فهو « المعالجون الشعبيون فى المجتمع اليمنى » ويعرض لأشهر المعالجات التى يقدمها المعالج بالكى ، والزار . واعتمدنا هنا على مادة ميدانية جمعها باحثون يمنيون بالدراسات العليا بجامعتى القاهرة وعين شمس . ويتناول الفصل السادس « الطب الشعبى والتحديث فى المجتمع القطرى » ، وهو بحث ميدانى أجريناه خلال العام الدراسى ١٩٩٠ /١٩٩١ . بينما يعرض الفصل السابع لموضوع « الطب الشعبى فى السودان » ، وهى دراسة ميدانية قمنا بها فى مدينتى الخرطوم وأم درمان خلال الأشهر الأربعة الأخيرة من عام ١٩٨٨ . أما الفصل الثامن فهو يتصدى لموضوع بارز فى المجتمع القطرى أيضاً وهو « الزواج القرابى وأثره على الصحة فى المجتمع القطرى » ، لما يشغله هذا النظام من انتشار ، وما تدور حوله من آراء طبية واجتماعية وثقافية لمسناها فى أثناء دراستنا للدكتوراه فى مصر عام ١٩٨٤ عن الخدمة الصحية فى القطاع البدوى بمحافظة الجيزة . وقد أجرينا هذا البحث الميدانى فى نفس العام الدراسى ١٩٩٠ /١٩٩١ .

وأخيراً أرجو أن يكون التوفيق حليفنا فى هذه المحاولات المتواضعة فى مجال الأنثروبولوجيا الطبية ، وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين ، وعلى الله قصد السبيل .

على المكاوى

الدوحة فى ١٣ /٦ /١٩٩١ .

الباب الأول

الأنثروبولوجيا
وقضايا الصحـــة والمرض

الفصل الأول

مجال الأنثروبولوجيا الطبية

الفصل الأول

مجال الأنثروبولوجيا الطبية

مقدمة :

تعتبر الأنثروبولوجيا الطبية « دراسة كلية مقارنة للثقافة ومدى تأثيرها على المرض والرعاية الصحية » . وقد تزايد الاهتمام بهذا العلم نظراً لتزايد الوعي بدور الثقافة فى القضايا الصحية . مثل تطور المرض ، وتوزيعه الجغرافى والوسائل والأساليب التى تعتمد عليها المجتمعات فى مواجهته ، والطرق المثلى لتحسين الطب الحديث وتطويره فى المجتمعات التقليدية .

والواقع أن مفهوم الثقافة يحظى بأهمية أخرى لأنه يمثل نصف مجال اهتمام الأنثروبولوجيا الطبية ، بينما تمثل الصحة والمرض والوقاية والعلاج النصف الثانى . وعلى الرغم من تعدد تعريفات مفهوم الثقافة (عند كروبر وكلاكهون ، ١٩٥٢) ، إلا أن التعريف التقليدى الذى وضعه تايلور (١٨٧١) لا يزال مفيداً فى هذا الصدد .

وتزداد أهمية الثقافة فى مجال الصحة والرعاية الصحية ، نظراً لأنها تتحكم — إلى حد كبير — فى نمط انتشار المرض ، وطريقة الناس فى تفسيره ومعالجته ، وكيفية الاستجابة لانتشار الطب الحديث والتفاعل معه . فالثقافة تقى الإنسان المرض ، وتصيبه به أيضاً فتسميد الأرض بالنفايات البشرية لضمان خصوبتها ، ووفرة غلتها ، يجعل من الأمراض الوبائية والطفيليات المرتبطة بالبراز Facal-related deseases مصدر تهديد للصحة ، تتزايد خطورته بمرور الوقت وهنا تعرض الثقافة أبناءها للمرض ، وتقربهم منه . وهى فى أحيان أخرى تبعدهم عن المرض وتقيهم منه فى ضوء الدور المزدوج الذى تلعبه

ويظهر تأثير الثقافة من ناحية أخرى ، فهى المصدر الذى يستقى منه الإنسان تعريفه للمرض واستجابته له . ولذلك تختلف تعريفات المرض

والاستجابات نحوه ، من ثقافة لأخرى . فنحن نعرف أن الجسم يتعرض لأعراض معينة إذا ساءت التغذية . ويأتى إدراكنا لذلك من الثقافة التى تعلمنا منها الحد الأدنى من الغذاء الكافى للحفاظ على الصحة ، وإلا تعرضنا لأمراض سوء التغذية[1] . ومع ذلك فقد تعزو ثقافات أخرى هذه الأعراض إلى عدد ضخم من الأسباب لا يوجد بينها سبب واحد يرتبط بالغذاء ، وإنما تدور معظمها حول الأشباح ، والأرواح الشريرة والخوف والحسد ، والخطيئة فى حق الأسلاف ، وانتهاك المحرمات .

ومن جانب آخر يقودنا البحث فى المعنى الكامن فى الرموز الثقافية إلى الاقتراب الواضح من دائرة الاهتمام المعاصر فى مجال الأنثروبولوجيا الطبية . ففى داخل هذا الاطار المتسع من العالمية Cosmology والرمزية Symbolism تبحث الأنثروبولوجيا فى العناصر المتنوعة ثقافياً فى إدراك المرض وتشخيصه وعلاجه[2] . وهكذا فهى تتضمن البيولوجيا الشعبية ethno-biology (أو الفسيولوجيا الشعبية ethno-physiology والتشريح الشعبى ethno-anatomy) مثلها فى ذلك مثل الطب الشعبى ethno-medicine (والطب النفسى الشعبى ethno-psychiatry) .

ولعل الاهتمام بمدخل التقاطع الثقافى Cross-Cultural approach فى تشخيص المرض ومعالجته ، نتاج جزئى لممارسات الطب الغربى الحديث ذى التوجه البيولوجى فى سياقات ثقافية متنوعة . وفى العالم الثالث لا تغطى الخدمات الصحية الرسمية جميع السكان بنحو متميز ، ولذلك يصبح تكيف الممارسات الطبية الشعبية وتقييمها قضية ذات مغزى عملى ومعاصر . أما البلدان الصناعية الغربية فهى تشجع الاهتمام العام بالطب البديل alternative medicine كالتداوى بالأعشاب على سبيل المثال(*) .

---

(١) على المكاوى ، الصحة والظروف البشرية ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، العدد السابع ، دار المعارف ، القاهرة ، أكتوبر ١٩٨٤ ، ص ص ٣٢٩ — ٣٣٠ .

(٢) M. Lewis, Social Anthropology in perspective, (2ed ed.), Cambridge Univ. Press, 1986, PP.370 371

(*) راجع التفاصيل فى الفصل الثانى القادم .

ومن النتائج الهامة التى تلقى الضوء على المكانة الثقافية للفروض الطبية الغربية ذاتها ، ما قدمه شيرو كوجوروف Shirokogoroff فى دراسته للطب الشعبى وخاصة دراسة الشامان[٣] . وقد أغرى إدراك الطب الغربى ، كمنتج ثقافى مادى ، علماء الأنثروبولوجيا الطبية ليدرسوا طريقة تقديم الخدمات الصحية الحديثة ، وممارسات الأطباء الغربيين ، والتركيز على ثقافة الرعاية الصحية ، ولغة التخاطب الطبى .

وفى هذا الصدد أجرى باحثون بريطانيون (أمثال لودون Loudon (١٩٧٦) وسكولتانس Skoltans (١٩٧٤) وهيلمان Helman (١٩٨٤) وغيرهم) دراسات على هذه الموضوعات الثقافية الطبية ، وأوضحوا أن الأطباء يشكلون جماعة دخيلة ، تفرض معتقدات طبية شعبية محلية أكثر مما تمارس المعرفة الطبية الحديثة التى تعلموها فى كليات الطب ومعاهده فى الغالب . ولعل الصيغة الثقافية للصحة والمرض تبدو أكثر وضوحاً فى مجال المرض العقلى ، حيث اكتشف الأطباء النفسيون — فى ظروف التحول الثقافى — سلسلة من الأعراض التى تمثل ردود أفعال ثقافية للثقافات النوعية .

وقد شهدت الأنثروبولوجيا الطبية ازدهاراً ملحوظاً بعد الحرب العالمية الثانية ، وخاصة حينما أسهمت فى دراسة المشكلات الطبية . وتمثل دراسة كاوديل Caudill (١٩٥٣) عن الأنثروبولوجيا التطبيقية فى مجال الطب ، نقطة البداية فى هذا الازدهار[٤] . إلا أن هناك محاولات سبقت كاوديل ، تناولت وصف المفاهيم الإتيولوجية والمعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض ، والممارسات الطبية فى المجتمعات البسيطة ، وشكلت محاور أساسية فى الدراسات الإثنوجرافية ومنها دراسات إيفانز بريتشارد Pritchard (١٩٣٧) وجيلين Gillin (١٩٤٨) وريفرز Rivers (١٩٢٤) وكلمنتس Clements (١٩٣٢) .

إن دراسة كاوديل ألقت الضوء على أهمية الأنثروبولوجيا فى المجال الطبى ،

(٣) أنظر M.Lewis, ibid, P.37.

(٤) M. Logan and E. Hunt, (ed.), Health and Human Conditions, Wadsworth publishing Co Inc., California, 1978, P.17.

وكانت نقطة تحول ، حيث انخرط أنثروبولوجيون وعلماء اجتماعيون عديدون فى الاهتمام بالبرامج الصحية والبحث الطبى والتعليم الطبى وغيرها من المجالات الطبية . وعلى هذا فقد شهدت الفترة من عام ١٩٦٢ إلى ١٩٧٢ تطوراً ملحوظاً فى الأنثروبولوجيا الطبية حسبما يحدد بولجار **Polgar** وسكوتش **Scotch** وفابريجا **Fabrega** .

ولعل سرعة الاهتمام وتزايده بالمظاهر الاجتماعية والثقافية للطب بين الأنثروبولوجيين ذوى التأهيل المختلف ، والتوجيهات النظرية والمنهجية المتباينة ، والاهتمامات بقضايا متنوعة ، قد حدَّد هوية الأنثروبولوجيا الطبية ، ومجال الدراسة فيها[٥] . ودارت بعدئذ وجهات نظر عديدة حول المجال وطبيعته واهتماماته . ولذلك يرى ويفر Weaver (١٩٦٨) أنها فرع من الأنثروبولوجيا التطبيقية ، على حين يذهب آلاند Alland إلى أن الأنثروبولوجيا الطبية يمكن أن تسهم فى البحث الأساسى حول التطور الإنسانى .

ولكى نقترب من تعريف الأنثروبولوجيا الطبية تعريفاً إجرائياً ، يمكننا السؤال عما يفعله الباحثون الذين يعتبرون أنفسهم متخصصين فى مجال الأنثروبولوجيا الطبية . وقد يتضح لنا أن هؤلاء يدرسون فى المجتمع حديث التنظيم موضوعات حول الأنثروبولوجيا الطبية مثل علم الأوبئة والتعليم الطبى وطب المجتمع والتمريض وطب الأطفال والتخطيط السكانى والأنساق الطبية التقليدية . إلا أن هذا التعريف الدائرى من هذا النوع يتجنب القضايا المعرفية التى تتجاوز ما وراء التسمية والأسماء .

وهناك اهتمامات متداخلة بين الأطباء والأنثروبولوجيين ، لأن الصحة والمرض لا يرتبطان بالعوامل البيولوجية فحسب ، وإنما يرتبطان أيضاً بالمصادر الثقافية لدى الشعوب ، وبالسلوك الاجتماعى الذى يستند إلى هذه المصادر . فالمرض وعلاجه مجرد عمليات بيولوجية فى ظاهرها ، أما كيف يصيب المرض الإنسان ، وأى أنواع المرض هى التى تصيبه ، فهى تعتمد بالدرجة الأولى على عوامل اجتماعية وثقافية[٦] . إن نقطة الاتصال بين الأطباء والأنثروبولوجيين

(٥) أنظر : Ibid, P.18.

(٦) Leon Robertson and Margaret Heagarty, Medical Sociology, Nelson - Hall Publishers, Chicago, 1978, PP. 22 - 24.

هى أن الاهتمام الأساسى للطبيب هو كيفية المحافظة على الصحة ، والسيطرة على المرض ، والطرق التى يؤثر بها السلوك الإنسانى فى هذه العملية . وأما علماء الأنثروبولوجيا الطبية فإنهم ينخرطون فى البحث فى هذه المشكلات ، وخاصة فى مجال الأنثروبولوجيا التطبيقية ، والدراسات الإتيولوجية والوبائيات .

إلا أن هناك جانباً آخر للصورة وهو أن هذه المشكلات لا تُعرف بآثارها على السلوك الإنسانى فى حالات الصحة والمرض ، وإنما عن طريق المؤشرات indecators التى يمكن أن تعكس السلوك فى استجابته لحالتى الصحة والمرض . وهكذا ترتبط الصحة والمرض بنوعية الحياة quality of life وإعادة انتاجها ، والحفاظ عليها وفقدانها . ليس غريباً إذن أن تهتم الدارسة الأنثروبولوجية بكيفية إدراك الناس لعالمهم وفيما يتعلق بالصحة وحدوث المرض ، وخصائص لأنساق والقيم الاجتماعية[٧] . وبهذا المنظور فليست الأنثروبولوجيا الطبية مجرد طريقة للنظر والتأمل فى حالات الصحة والمرض فى المجتمع ، ولكنها طريقة للنظر والتأمل فى المجتمع ذاته .

وفى ضوء ذلك نتناول أهم مجالات الأنثروبولوجيا الطبية التى تتمثل فيما يلى :

أولاً : الإيكولوجيا وعلم الأوبئة Ecology and Epidemiology .

ثانياً : الطب الشعبى Ethno medicine .

ثالثاً : المظاهر الطبية للأنساق الاجتماعية Medical aspects of social systems .

رابعاً : الطب والتغير الثقافى Medicine and culture change .

* * *

أولاً : الإيكولوجيا وعلم الأوبئة :

تظهر الأهمية الفائقة للعوامل الثقافية ومغزاها ، حينما ندرس الجوانب البيئية لتكيف الجماعات البشرية مع بيئاتها أو سوء تكيفها . ولعل خبرة جاكس ماى

(٧) Health and Human Conditions, op. cit., P. 18.

Jacques May ــ كعالم وبائيات ــ فى إحدى القرى الصينية قبل الحرب العالمية الثانية ، تؤكد على إصابة بعض القرويين بمرض الإنكلستوما hook - worm بمعدل عالٍ اكثر من غيرهم . وسبب ذلك أن المصابين يعملون بزراعة الأرز حيث تغلب التربة الطينية التى يغطيها الماء دائماً ، وتساعد على نمو يرقات الإنكلستوما(٨) . أما غير المصابين فإنهم يعملون فى مزارع دود القز silk worm ، ويقضون وقت العمل بعيداً عن الماء وعلى أدراج متراصة لتقترب من أوراق شجر التوت mulberry . وعلى هذا فإن حدود المرض ، والاختلافات الثقافية ، وعلاقة الإنسان بالبيئة لها دور كبير فى وجود أو عدم وجود المرض . وهكذا تعد الإصابة بالإنكلستوما جزءاً من النسق الإيكولوجى ecosystem المعقد بما يتضمنه من العلاقة بين الكائنات البشرية وغير البشرية وبيئاتها .

ولعل تأثير الثقافة على حدوث المرض فى الأنساق الايكولوجية تتجلى فى الكثير من مظاهر السلوك التى توجهه الثقافة السائدة . وقد أوضح جون وايتنج John whiting أن نظام المحرمات Taboos والفطام المتأخر Late weaning قد تقى الأطفال من الهزال الشديد Kwashiorkor أو تساعد على انتشاره . وينتشر هذا الهزال غالباً فى المناطق التى ترتفع فيها درجات الحرارة والرطوبة Humidity ، فتؤدى هذا الظروف الجغرافية إلى نمو المحاصيل الغذائية النشوية قليلة القيمة البروتينية . وبالتالى يعتمد المجتمع عليها فى الغذاء ، إلا أن الأم المرضعة Lactating قد تعوض رضيعها عن نقص البروتين الغذائى من خلال لبن الرضاعة طالما أنها لم تحمل . غير أن طول مدة الرضاعة ، حيث تقل نسبة البروتين فى اللبن ، ونقص البروتين بالفعل فى الغذاء النشوى ، يؤديان إلى انتشار الهزال الشديد فى هذه البيئات . وتمارس المحرمات الثقافية دورها فى تقليل معدل الاصابة بالهزال من خلال إطالة فترة الرضاعة ، والاعتقاد بأن لبن الأم كافٍ فى حد ذاته لغذاء الرضيع . وهنا نلاحظ أن الممارسات الثقافية يمكن النظر إليها كعلاج واقٍ من المرض Prophylactic فى الموقف الإيكولوجى الذى تتداخل فيه علاقات المتغيرات الثقافية والبيولوجية والفيزيقية(٩) .

(٨) Medical Anthropology, op. cit., PP. 18 - 19.

(٩) Health and Human Conditions, op. cit., P. 20.

والواقع أن المدخل الايكولوجى يهتم بالنظرة الشاملة للعلاقات المتبادلة بين الكائنات الحية وبين بيئتها ، وهذا ما دفع علمى الطب والصحة العامة للاهتمام بتعدد الأسباب . وكذلك يهتم هذا المدخل اهتماماً خاصاً بالآثار المتعددة للأفعال الانسانية ، التى تغيّر العلاقة بين الناس وبين بيئتهم ، وبالنتائج الطبية المصاحبة . وتلك قضية جوهرية فى المجتمعات الصناعية ، التى أدخلت العديد من التعديلات على البيئة بشكل يهدد الصحة ذاتها . وكذلك يلعب هذا المدخل دوره فى تقييم القيمة الكلية لمشروعات النمو الاقتصادى فى المجتمعات النامية .

وعلى سبيل المثال فإن إقامة نظم جديدة للرى فى المناطق الزراعية فى مصر ، قد زادت من انتاج الطعام ، إلا أنها زادت أيضاً من انتشار مرض البلهارسيا Schistosomiasis الذى تحمله القواقع المائية .

وتنطوى تفرعات الصحة على أهمية كبيرة كمحطات تقيس آثار الممارسات الثقافية على تكيف الجماعات الاجتماعية مع بيئاتها . فالقيمة التكيفية للسلوك الانسانى لاتتحدد ببساطة بالمزايا التى يحققها هذا السلوك للناس فى علاقاتهم بالبيئة فقط ، وإنما تتحدد أيضاً فى ضوء النتائج النهائية الضارة لهذا السلوك ، والموازنة بين المكاسب التى يحققها والخسارة التى يسببها . ولذلك فالقيمة الصحية تتحقق حينما تحسب العلاقة بين صحة الإنسان والبيئة بشكل متوازن .

إن التغيرات التى طرأت على العلاقة بين الأناسى وبين الطفيليات ، كانت نتيجة لمركب من العمليات الثقافية والبيولوجية . فتركز السكان بكثافة يجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالمرض مما لو كانوا موزعين على المناطق الجغرافية بدون كثافة . ومن المحتمل أن الطفيليات المسببة للمرض قد دعمت علاقتها بالإنسان كمضيف أو عائل host أول لها قبل نمو الزراعة وخاصة فى مجتمعات الصيد والرعى والقنص . أما تطور المجتمعات الزراعية وتزايدها فقد صاحبه تزايد فى التجارة وتزايد مناظر فى ضحايا الأمراض . ولعل المثال الأوضح يتجلى فى الغابات الاستوائية الأفريقية التى تمثل بيئة غير صالحة لتكاثر بعوض جامبيا أنوفيلس Gambiae Anopheles — الذى يسبب مرض الملاريا — لأنه لا ينمو

فى البرك المغطاة بالأشجار الكثيفة(١٠) . ولكن عندما أدخلت الزراعة فى غرب أفريقيا ، تحتم إزاحة الأشجار وقطعها فكانت النتيجة هى وجود مستنقعات مكشوفة تمثل بيئة صالحة لتكاثر بعوض جامبيا فيزداد مرض الملاريا انتشاراً . كما ساعدت التغيرات الثقافية على تركز السكان فى المدن بكثافة عالية ، فأتاحت الفرصة لانتشار الأوبئة(١١) .

ولعل هذا التغير فى العلاقة بين الإنسان والبيئة والسكان وطفيليات المرض ، أدى إلى تغيرات فى التطور البيولوجى لكل من الإنسان المضيف host والطفيليات Parasites . فكل طفيل يحتاج إلى مضيف ، فإذا لم يجده ، فإنه يموت . والواقع أن هناك تغيرات عديدة طرأت على هذه العلاقة من خلال المقاومة الموروثة للطفيليات . وقد حلل ليفنجستون Livingstone هذه الحالة حول الملاريا فى غرب أفريقيا ، فاتضح له أن هناك بعض المناطق الموبوءة بهذا المرض ، ولكن الأفراد لا يصابون به ، نظراً لاكتسابهم مناعة وراثية ضده . كذلك وجد وايزنفيلد Wiesenfeld أن الاعتماد المتزايد على الزراعة فى ستين مجتمعاً بشرق وغرب أفريقيا ، وبالتالى زيادة التعرض لطفيليات الملاريا ، لم يؤد إلى إصابة المزارعين بهذا المرض ، نظراً لوجود مناعة ضده تتمثل فى زيادة الخلايا المنجلية المناعية لديهم من كثرة تعرضهم لطفيلياته(١٢) .

وقد ألقى عالم الوراثة نيل Neel الضوء على وجود جينات خاصة بالوراثة ، وتعد مسئولة عن الاصابة بمرض السكر diabetes . حيث يوجد التوازن فى جسم الانسان بين إفراز الإنسولين insulin والأنتى إنسولين anti - insulin . وحينما يختل هذا التوازن عند بعض الأشخاص نتيجة للنظام الغذائى ، وزيادة السعرات الحرارية ، وقلة النشاط البدنى ، والحياة الحضرية فى المدن المزدحمة والقلق والتوتر ، فإنهم يصابون بمرض السكر . وعلى هذا تزايدت أهمية العوامل الثقافية التى تتفاعل مع العوامل الوراثية والبيولوجية فتؤثر على صحة الانسان ومرضه .

(١٠) John Bryant, Health and the Developing World, Cornell Univ. Press, Ithaca and London, 1969, PP. 98 - 99.

(١١) Medical Anthropology, op. cit., P. 21.

(١٢) انظر : Ibid, P. 21.

ومن الملاحظ أن هناك مظاهر اجتماعية وثقافية فى علم الوبائيات ، حيث يركز هذا العلم على أصل المرض وأسبابه ووسائل انتشاره ، أكثر من تركيزه على توزيع المرض . كما يرتبط بالإيكولوجيا ارتباطاً وثيقاً ، حيث تساعد العوامل الاجتماعية والثقافية على معرفة أسباب الأمراض وتوزيعها بين السكان ، وتأثيرها على علاقتهم بالبيئة الطبيعية . وتختلف هذه العوامل باختلاف السن والنوع والمهنة والطبقة والعرق ... الخ . ونشير فيما يلى بإيجاز لكل منها :

(١) **الاختلافات العمرية** : إن نسبة حدوث العدوى المتكررة فى سن الطفولة والنمو تكسب الإنسان مناعة تقلل من احتمالات إصابته بهذه الأمراض فى الكبر . والملاحظ أن نسبة الوفيات ترتبط بالسن ارتباطاً واضحاً ، حيث ترتفع فيما قبل الخامسة ، ثم تنخفض بين ٥ ــ ١٤ سنة ، ثم تعاود ارتفاعها فيما بين ١٥ ــ ١٩ سنة وتستمر فى الزيادة . وهكذا تعكس الظواهر الوبائية الاختلافات الحيوية للتعرض للمرض ، والمرتبطة بالسن ، وببعض الاختلافات الأخرى بين الجماعات فى التغذية والاهتمام الصحى والرعاية الصحية .

(٢) **الاختلافات النوعية** : تلعب العوامل البيولوجية دورها الواضح فى نسبة الوفاة بين الذكور والاناث ، مع توقع حياة أكثر للإناث . وإذا كانت صور الأمراض معقدة ، إلا أن دور الذكر والأنثى له تأثير واضح فى زيادة المرض وتفاقمه ، والتأثر به فى ضوء الثقافة السائدة . فالمرأة البدوية فى النيجر تتعرض لمرض لين العظام Ostcomalacia نتيجة للعزلة المفروضة عليها ، داخل الخيام المصنوعة من شعر الماعز ، والتى تمنع دخول أشعة الشمس . وإذا خرجت فإنها تغطى وجهها وجسمها بملابس سوداء ثقيلة فلا تتعرض لأشعة الشمس . علاوة على نقص الغذاء من فيتامين أ ، د وافتقار الكالسيوم[١٣] . وقد تحتاج للمساعدة فى ركوب الدابة . هذا على عكس الرجال والشباب الذين يتحركون من مكان لآخر ، ويتمتعون بأشعة الشمس ويعملون فى الرعى فينشطون أجسامهم[١٤] .

(١٣) د . على المكاوى ، علم الاجتماع الطبى : مدخل نظرى ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٠ ، ص ٣٢٩ .

(١٤) Margaret Read, Culture, Health and Disease, Tavistock Publication, London, 1966, P. 13.

(٣) **الاختلافات المهنية** : أوضحت دراسات علم الوبائيات أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية منذ القرن التاسع عشر وحتى الآن . ففى عام ١٩٣٦ أوضح سنو Snow أن الكوليرا ترتبط بالمهنة ، حيث أن العاملين فى مصانع المفرقعات Percussion Cap أصيبوا بها نتيجة لشربهم من مضخة الماء بالشارع الرئيسى ، على حين لم يصب بها العاملون بمصنع البيرة ، والذين يشربون البيرة بدلاً من الماء . وفى عام ١٩٦٣ أوضح كينج King أن بعض أمراض القلب والأوعية الدموية ترجع أسبابها إلى النظام الغذائى ، والضغط العصبى والنفسى والعوامل الوراثية ، والرياضية . وتوالت الدراسات بعدئذٍ لتؤكد على ارتباط المهن بأنواع معينة من الأمراض ، فالمهن التى تسبب لأصحابها ضغوطاً اجتماعية وفسيولوجية ونفسية كالمحاسبين والقضاة والمدرسين ورجال الأعمال ، ولا يزاولون نشاطاً رياضياً ، ترتفع بينهم الإصابة بأمراض القلب(١٥) .

(٤) **اختلافات المكانة والعِرْق** : أولى علم الوبائيات اهتماماً واضحاً بتأثير التدرج الاجتماعى والاختلافات العرقية على الاصابة بالمرض . ويتضح ذلك من أمراض سوء التغذية والأمراض التى تتأثر بظروف المعيشة . وإذا كانتّ الأمراض الوبائية المعدية قد انحسرت تقريباً الآن ، بعد معرفة أسبابها ، فإن اهتمامات علم الوبائيات قد تحولت نحو دراسة تأثير التباينات الاجتماعية والاقتصادية على حدوث الأمراض الانتكاسية degenerative diseases التى تتزايد الإصابة بها فى الوقت الراهن ، نظراً لارتباطها بطرق الحياة العرقية . لقد درس كويسنبرى Quisenberry الجماعات العرقية المختلفة فى هاواى ووجد أن أعلى نسبة لسرطان المعدة توجد بين اليابانيين ، والسرطان الأولى فى الكبد بين رجال الفلبين ، وسرطان الثدى بين السيدات البيض ، وسرطان الأمعاء بين البيض ، وسرطان عنق الرحم بين سيدات هاواى ، وسرطان البلعوم الأنفى nasopharynx عند الصينيين . وأوضح جراهام Graham أن سرطان عنق الرحم uterine cervix cancer قليل الانتشار بين نساء المسلمين والعرب ، نظراً لختان الذكور . أما فى المجتمعات الأخرى ذات المستوى الصحى المتدنى ،

(١٥) Hunt and Logan, op. cit., P. 23.

والاجتماعى المنخفض ، ولا تختتن الذكور ، فإن نساءها يعانين من هذا المرض . والسبب هو أن الرجل غير المختتن يدخل مادة فى عنق الرحم تسمى Smegma ، وقد دلت التجارب على الفئران أن هذه المادة من المولدات السرطانية فتسبب سرطان الرحم عند الإناث[١٦] . ومن الواضح كذلك أن يكون للعامل الوراثى تأثير على الاصابة بسرطان عنق الرحم عند الجماعات المختلفة .

(٥) **اختلافات المجتمعات المحلية :** تحتاج الاختلافات بين المجتمعات المحلية الريفية والحضرية إلى دراسات متعمقة حول الاختلاف فى معدلات المرض . وقد عقد سكوتش Scotch مقارنة بين ريف وحضر الزولو Zulu بأفريقيا ، فوجد أن مرض ارتفاع ضغط الدم أكثر انتشاراً فى الحضر عن الريف ، بصرف النظر عن السن أو النوع ، لأن الحضرى أكثر عرضة للضغط الاجتماعى والإجهاد . وهذا الضغط عامل هام فى الإصابة بارتفاع ضغط الدم hypertension وهو نتاج للتحضر والتثقف acculturation . ويرى سكوتش أن التحضر فى حد ذاته ، أو التغير الثقافى بصفة عامة ، كافيان وحدهما لإحداث ارتفاع ضغط الدم ، وإنما الظروف الاجتماعية هى التى تفضى إلى سلوك لا يتكيف مع حاجات ومتطلبات الحياة الحضرية ، مما يسبب فى النهاية مخاطر صحية .

ثانياً : الطب الشعبى Ethno medicine :

يمثل الطب الشعبى صورة أولية للطب ، وإن لم ينطلق من الإطار التصورى للطب الحديث . وقد أشار هوجز Hughes إلى أن الطب الشعبى لم يعد بمعزل عن الطب الحديث ، والدليل على ذلك أن المعالجين الشعبيين فى الفلبين يرجعون مرض السل TB إلى سبب طبى أو ميكروب . وفى مجتمعنا المصرى يستخدم المعالجون الشعبيون أدوات طبية حديثة ، ويصفون أدوية حديثة ،

(١٦) Health and Human Conditions, op. cit., P. 23.

ويحيلون بعض الحالات إلى الأطباء المتخصصين ، ويقيمون علاقات مع بعضهم أحيانا كثيرة(١٧) .

والواقع أن هناك مصطلحات عديدة تطلق على الطب الشعبى ومنها Popular medicine, Folk medicine, Ethno-medicine والثقافة الصحية الدارجة ethnoiatry, popular health culture ethnoiatrics ... الخ . كذلك ميّز بولجار Polgar الثقافة الصحية الاحترافية للممارسين الطبيين ، عن الثقافة الصحية الشعبية للممارسين غير المتخصصين . وقد يدخل المعالجون الشعبيون Folk healers فى زمرة القائمين بالعمل الصحى الاحترافى ، طالما أن المجتمع ينظر إليهم باعتبارهم متخصصين .

ومن ناحية أخرى فقد قابل ليزلى Leslie بين الثقافات الصحية الاحترافية والشعبية على أسس مختلفة . وأعطى اهتماماً للأنساق الطبية المستنيرة (واسعة الأفق) التى تضرب بجذورها فى الحضارات القديمة وخاصة جنوب آسيا ، والتى لا تزال صامدة الآن بجانب الطب الحديث . وبالتالى فهو يستخدم مفهوم الثقافة الصحية الاحترافية Professional health culture ليشير إلى حقل ممارسى كلا النسقين (الرسمى والشعبى) ، ولكن قد لا يتضمن المفهوم المجال الطبى للمتخصصين الشعبيين(١٨) .

(١) **تصنيف المرض Disease Classification** : يصنف الطب الحديث الأمراض فى ضوء علم التصنيف taxonomy إلى فئات شاملة . وبالتالى أصبح من الممكن التعرف على المرض فى جميع أنحاء العالم بغض النظر عن السياق الثقافى . كما صار التصنيف مرجعاً فى تشخيص المرض عبر الثقافات المختلفة . وعلى العكس من ذلك نجد أن تصنيف الأمراض فى ضوء النظم الطبية الشعبية قليل التأثير والفاعلية نظراً لاختلاف أسماء الأمراض وأعراضها باختلاف الثقافات ، كما يمكن أن تكون أعراض المرض فى ثقافة معينة ، مؤشرات للصحة فى ثقافة أخرى ، وعند آخرين تقل أهميتها أو تفقد معناها الطبى تماماً .

---

(١٧) د . على المكاوى ، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ ، ص ص ٣٧٨ — ٣٧٩ وص ص ٣٨٨ — ٣٩٩ .

(١٨) Hunt and logan, op. cit., P. 24.

وتتعدد الأمثلة على ذلك ، ومنها المرض الجلدى الذى ينتشر فى شمال الأمازون ويسمى Pinta حيث لا يعتبره أبناء هذه المنطقة مرضاً ، وتوجد حالة قريبة من ذلك أيضاً فى بعض القبائل الأفريقية[19] . وفى مصر لا يعتبر القرويون أن الطفيليات مرضاً يستدعى العلاج . وفى جواتيمالا لا تعتبر الديدان المعوية خطراً يهدد صحة الإنسان ، إلا إذا وصلت إلى المعدة وسببت الكحة والتقيؤ .

ولا تعنى هذه الأمثلة أن التشخيص الطبى فى الأنساق الطبية الشعبية أقل اهتماماً بصفة عامة ، بالأعراض الدالة على المرض ، أو أقل حساسية بإدراكها من التشخيص الطبى الحديث . ولكنها فى الغالب أكثر ارتباطاً بالسياق الثقافى الخاص . وحينما حلل فريك Frake فئات المرض بين جماعات السوبانون Subanun جنوبى الفلبين ، أوضح أن ثقافتهم تميز بين أعراض المرض الجلدى بتفصيل ودقة أفضل من الطب الحديث . فهم يميزون بين الأضرار الجلدية فى الأيدى أو الأقدام ، والأضرار التى تصيب الأجزاء الأخرى من الجسم ، وحينما تصبح هذه الأضرار أمراضاً جلدية معينة ، فإنها تشوه الجلد[20] . كذلك فإن هذه الآفات التى تختبىء تحت الملابس تخضع لتشخيص أكثر اختلافاً عن تلك الآفات المرئية على ملابس الإنسان .

(٢) العلاج الشعبى Ethnomedical Therapy : يعد العلاج فى الطب الشعبى مجالاً متسعاً يصعب الإلمام بأبعاده كلها هنا . إذ يشتمل على الإجراءات والممارسات الدينية السحرية ، والميكانيكية الكيميائية فى نفس الوقت . وقد أكد لافلين Laughlin على أن تتابع الجنس البشرى واستمراره راجع إلى قدرته على التكيف مع المشكلات الصحية ، وأن تقييم الأنساق الطبية الشعبية — حتى فى المجتمعات الأمية — يكشف عن ممارسات أكدت على وجود المعرفة العلاجية الامبريقية والخبرة الواسعة ، كما فى مجالات تجبير العظام bonesetting والتوليد الطبيعى والتوليد القيصرى Caesarean واستئصال المبيضين ovaries والتشريح المقارن ، وشق الجمجمة trephining وفتح البطن وتشريحه

(١٩) Margaret Read, op. cit., PP. 7 - 12.

(٢٠) Health and Human Conditions, op. cit., P. 25.

Laparotomy واستئصال لهاة الحلق (اللوزتين) Uvulectomy ، وتشريح الجثة autopsy والكى Cautery ، والتلقيح inoculation والحمامات بأنواعها (الحارة والباردة والفاترة والكبريتية والقلوية والحمضية والدافئة والرملية ... الخ) ، والكمادات Poultices والمراهم واستنشاق المواد الطبية inhations ، والملينات laxatives ، والحقن الشرجية enemas ، وكاسات الهواء cupping .

ومن جانب آخر فإن عقاقير الطب الشعبى تحتوى على عديد من العناصر المناظرة للأدوية الحديثة مثل الكينا والأفيون والكوكا ... الخ . وقد سجل كويسومبنج Quisumbing حوالى ٨٠٠ نوع من النباتات الطبية التى تستخدم فى علاج أمراض عديدة ومنها الربو الشعبى asthma والإسهال diarrhea والدوسنتاريا والملاريا والسكر والكلى وغيرها[٢١] . لقد تطور الطب الشعبى فى مجتمعات البحر المتوسط ، وجنوب آسيا ، والصين ، وبالتالى صار أكثر اعتماداً على النظريات العلمية الحديثة ، وأكثر تغيراً فى معدل الاعتماد عى السحر والدين . وهناك انحسار نسبى للسحر فى التوجه النفعى فى ثقافة الاسكيمو ، ومع ذلك فالممارسات الطبية والدينية فى كثير من الثقافات تتداخل معاً ، وحينما يستخدم العلاج الكيميائى أو الميكانيكى ، فإن العناصر الدينية ـــ السحرية قد تصبح جزءاً جوهرياً فى وصف العلاج ، أو قد ينظر للعلاج على أنه يفتقر إلى العوامل الروحية التى يتضمنها مبحث أسباب المرض فى هذه الثقافات .

(٣) **الأساليب الوقائية Preventive measures** : على الرغم من أن الطب الوقائى أقل أهمية فى معظم الأنساق الطبية التقليدية عنها فى الطب الحديث ، إلا أن بعض الدراسات أوضحت وجود بعض الأساليب الوقائية فى هذه الأنساق التقليدية . وهذا يتضمن كلاً من الأساليب الميكانيكية ، والدينية السحرية كالاستحمام والمساج ، والتدفئة السريعة للجسم للوقاية من برودة الجو hypothermia والقيود الغذائية والجراحة والتطعيم باللقاح ، والتعاويذ والأحجبة والتبرك بالأضرحة والأولياء .

وترتبط الوقاية من المرض فى الأنساق الطبية الشعبية ـــ كما هو الحال فى

(٢١) Ibid, P. 26.

الطب الحديث ـــ ببحث أسباب المرض وهكذا نجد أفكاراً عديدة فى مناطق مختلفة من العالم ـــ مثل أمريكا الجنوبية وجنوب شرق آسيا ـــ مستمدة من نظرية الأخلاط لأبو قراط ، أو أفكاراً مقارنة فى الطب الهندى خلاصتها أن الصحة تعتمد فى جانب منها على توازن واضح بين البارد والساخن[٢٢] . وفى جواتيمالا توجد طرق للوقاية من الرعشة Chilling تتمثل فى تجنب شرب الماء المثلج ، وكثرة الأغطية والملابس الثقيلة . كذلك تحوى بعض الثقافات طرقاً أخرى للوقاية من المرض كأن تغير اسم الطفل حينما يصاب أحد أفراد الأسرة بمرض فتاك ، اعتقاداً بأن الإسم الجديد سوف يقى الطفل مخاطر الأرواح الشريرة التى تسبب المرض .

وفى ضوء الاعتقاد بأن العين الشريرة (الحسد) يصيب كل ما هو جذاب ، يلجأ الفلاحون الأتراك إلى تعليق أشياء منفرة ومقززة على ملابس الأطفال فلا يصبحون مرمىً للحسد ، حسبما يشير أوزتورك Ozturk . وفى نفس الوقت توجد طرق سحرية أخرى للوقاية من المرض فى الطب الشعبى ، مثلما توجد إجراءات وقائية ميكانيكية فى الطب الحديث[٢٣] . وفى المجتمعات التى يزداد الاعتقاد فيها بأضرار السحر ، تتعرض لضغوط نفسية عنيفة فتسبب لأفرادها المرض أو الموت ، وبالتالى تكون الأساليب السحرية كالأحجبة والتعاويذ الوقائية تحافظ على الصحة العامة من الناحية الفيزيقية .

(٤) المعالجون الشعبيون Ethnomedical specialist : حينما يحدث المرض ، فيمكن إهماله ، أو علاجه دون اللجوء إلى معالج متخصص فإذا التمس المريض علاجه من ممارس طبى ، فإنه يجد أنماطاً عديدة من المعالجين المتخصصين أمثال المعالج بالأعشاب herbalist ، والمعالج بالكهانة (العراف) diviner والشامان Shaman والقابلات midwives والمعالج بالتدليك masseur وغيرهم . وقد يتخصص المعالج فى فرع واحد أو يجمع بين أكثر من فرع فى الطب الشعبى[٢٤] .

(٢٢) George Foster, Traditional Cultures and Technological Change, New York, 1973, P. 75 : 78.

(٢٣) Logan and Hunt, op. cit., P. 26.

(٢٤) د علي المكاوى . الجوانب الاجتماعية . مرجع سابق ، ص ص ٣٧٦ ـــ ٤٠٧

لقد حققت بعض التخصصات الطبية الشعبية شهرة واسعة ، فى حين انحسر بعضها الآن كالعلاج بالحوى فى المجتمع البدوى . وهناك اختلافات فى كفاية المعالجين حسب تدريبهم وخبراتهم إذ يوجد تدريب فى بعض التخصصات (كالحجامة وتجبير العظام) ، ولا يوجد فى تخصصات أخرى (كالكى) . والملاحظ أن هناك تدريباً رسمياً فى بعضها دون الآخر . ففى العهد المسيحى كان التدريب الرسمى شاملاً بعض تخصصات الطب الشعبى . وفى الهند كان طلاب الطب الأورفيدى Ayurvedic medicine يدخلون فى علاقات روحية مع معلمهم الروحى guru الذى يعلمهم تشخيص المرض ، وعلاجه وفى الصين كان التعليم الطبى يخضع لإشراف الدولة منذ القرن السابع أو الخامس الميلادى . وقد انتشر فى اليابان خلال العصر المسيحى ، وبحلول القرن الثامن الميلادى ، وضع اليابانيون البرامج التعليمية الطبية المتكاملة . فدارس الطب يظل يدرس ويتدرب لمدة سبع سنوات ، وخمس سنوات فى التدريب على الجراحة وأمراض الأطفال ، وأربع سنوات للتدريب على تخصص أمراض العيون والأنف والأذن والحنجرة أو الأسنان .

وتعتمد الأدوار الطبية الشعبية على تفويض روحى Spiritual accreditation . ولكن هذا لا ينفى المعرفة الطبية . ويبدو أنهما يتداخلان معاً فى الممارسة الطبية كما هو شأن حالة مجبر العظام بقرية الكداية بمحافظة الجيزة فى مصر[٢٥] ، وبعض المعالجين الشعبيين بالمكسيك الذين يميزهم المكسيكيون عن طريق ما يسمونه « pulse » وهى مهارة يهبها الله للمعالج فقط . وهكذا تنقسم فئة المعالجين إلى مجموعتين ؛ مجموعة الأساتذة ومجموعة التلاميذ . والفارق بينهما يرجع إلى مدى المعرفة ، والموهبة الإلهية فى العلاج .

(٥) **المظاهر الثقافية للطب الشعبى** : تناولنا خصائص الأنساق الطبية الشعبية دون الاشارة إلى الطرق التى ترتبط بمقتضاها المعتقدات الطبية والسلوك بالسياق الثقافى . إذ أن الطب لا ينعزل عن البيئة الاجتماعية والثقافية ، وإنما يرتبط بهما ويستمد منهما دوافعه واهتماماته . كما أن خاصية الطب وديناميته

---

(٢٥) المرجع السابق ، ص ص ٣٧٧ ـــ ٣٨٢

تعتمدان على المكان الذى يحدث فيه كل نمط ثقافى ، كما تعتمدان أيضاً على النمط الثقافى ذاته .

والمعروف أن مفاهيم المرض تعد تصنيفات ثقافية للنوازل والمحن ، وهى بالطبع لا تغطى كل حالات سوء الحظ التى يواجهها المجتمع ، ولكنها يمكن أن تعكس نظرة أبنائه لسوء الحظ بالمعنى العام ، أو نظرتهم الخاصة للمرض وموقعه على خريطة حياتهم اليومية . ومن ناحية أخرى فإن استجابة المريض لأعراض مرضه (سلوك المرض) قد يعبر عن القيم الثقافية الهامة فى المجتمع . وقد لاحظ كلارك Clark أن أبناء أحد المجتمعات الأمريكية المكسيكية يميلون نحو الصبر وتحمل المرض . وأن الرجل الذى يزعجه المرض ويتبرم منه شاكياً دائماً ، لا يحظى باحترام الجماعة إذ لا تعتبره « macho » أى أنه ضعيف ورخو[٢٦] . وإذا كان الأقارب يقفون بجانبه فى مرضه ويساعدونه ، إلا أنهم ينتقدونه لا ستسلامه وشكواه من المرض . وهكذا نلاحظ أن العلاقة بين الاستجابات للألم والعوامل الثقافية تنطوى على أهمية كبيرة ، وإن لم تحظ بقدر وافٍ من اهتمام الأنثروبولوجيين ، ولكن الدراسات الحديثة توضح أن الجماعات الإثنية تختلف فى ردود أفعالها تجاه المرض ، وأن هذه الاختلافات قد تعكس تناقضات ثقافية . ولعل دراسة زبوروفسكى Zborowski ، توضح أن اليهود والإيطاليين والأمريكيين القدامى يختلفون فى ردود أفعالهم نحو المرض[٢٧] .

(٦) **تشخيص المرض ومبحث أسبابه :** يعد مبحث أسباب المرض موضوعاً جوهرياً فى أى مناقشة حول الارتباط بين الظواهر الطبية وأطرها الثقافية . وعلى هذا نجد أن الاعتبار الأول فى الأنساق الطبية الشعبية ، فى تشخيص المرض ، ينصب على أسبابه . ولا تخرج هذه الأسباب غالباً عن إطار العلاقة بين المريض والمحيطين به ، وهى تخضع لتفسيرات ثقافية عديدة .

وبينما ترجع مباحث أسباب المرض التقليدية تفسيراته إلى عوامل وأسباب ميكانيكية ووجدانية ، كما تعزى إلى أسباب سحرية ودينية ، فإن التقاليد الطبية

(٢٦) Health and Human Conditions, op. cit., P. 27.

(٢٧) Patrick and Scambler, Sociology As Applird to Medicine, Bailliere Tindall, London, 1982, P. 48.

العظيمة فى الحضارات القديمة يلعب فيها السحر والدين أدواراً بارزة فى التفسيرات الأهلية لحدوث المرض ، وأن تلك الأنساق الطبية الشعبية المتعددة ، تحتوى أفكاراً حول المرض والمعتقدات الدينية فى وقت واحد ويصعب الفصل بينها(٢٨) . وبالتالى يتضح لنا مدى التداخل بين العوامل الثقافية والاجتماعية وبين الأسباب المؤدية للمرض .

ثالثاً : المظاهر الطبية للأنساق الاجتماعية Medical Aspects of Social Systems :

(١) **المرض كعقوبة** : ويسود هذا الاعتقاد فى كثير من المجتمعات . وعلى هذا يتماثل الأمر الاجتماعى مع الأمر الأخلاقى فى المجتمع الانسانى الذى تعتمد فيه الصحة على الفضيلة والطهارة . والواقع أن الإنسان فى العالم النامى قد اكتسب فكرة عَزْو المرض إلى سوء السلوك خلال عمليات التنشئة الاجتماعية والضبط الاجتماعى مبكراً . ولعل وجهة نظر بول Paul تؤكد وجود فكرة العقوبة بالمرض فى النسق الاجتماعى والأخلاقى . وليست هذه الفكرة غريبة على المجتمعات الغربية ، حيث تظهر لديهم فى المعتقدات المسيحية التى ترتبط بالمرض .

وحينما يكون المرض عقوبة ، فإن مبحث أسبابه يعد دليلاً واضحاً على التوقعات الاجتماعية . ومثال ذلك أن كرم الضيافة فى مجتمع Ojibwa يمثل قيمة عالية ، وبالتالى فالشخص الذى لا يكرم ضيفه يكون مهدداً بالمرض حسب التصور . وفى منطقة غاندا Ganda بشرق أفريقيا يسود الاعتقاد بأن مرض « أوبوكو » Obuko يصيب كل من يخرق التابو وسائر المحرمات الأخرى . وتتمثل أعراض المرض فى تورم الخدين والأطراف والأعضاء التناسلية وارتعاش الجسم كله(٢٩) .

ومن ناحية أخرى فإن هناك مرضى لا يعتدون على المحرمات ولا يخالفون . وهذا ما أوضحه كلارك Clark فى دراسته لأحد المجتمعات المحلية الأمريكية المكسيكية ، حيث أن الزوج إذا أساء لزوجته وهى حامل ، فسوف يولد

(٢٨) Hunt and Logan, op. cit., P. 27.

(٢٩) Richard Lieban, op. cit., P. 28.

الطفل مصاباً بمرض يسمى Susto[٣٠] . وهكذا يكون المرء مريضاً لا بسبب جرم ارتكبه ، وإنما لسبب مخالفة الآباء أو الأجداد للنظم حسب الاعتقاد . وفى هذه الحالات يكون التشخيص الطبى تشخيصاً لعلاقة المريض بالمعتقدات التى يؤمن بها وتعتبر سبباً فى إنزال المرض به . ولا يتحقق الشفلاء لهؤلاء إلا من خلال الاصلاح الاجتماعى للأوضاع الخاطئة ، مما يساعد على علاج الأمراض السائدة .

(٢) المرض كانحراف Deviance : رأينا كيف أن المرض عبارة عن عقاب اجتماعى ، وبالتالى فوقوع المرض مؤشر على أن شخصاً ما قد انحرف عن القوانين والقواعد الاجتماعية . ويمكن القول بأن المرض يمثل فى حد ذاته شكلاً من أشكال الانحراف يتعرض له الضبط الاجتماعى ، حسبما تؤكد دراسات بارسونز Parsons وفوكس Fox على أن ارتفاع معدل الاصابة بالمرض يرجع إلى خلل وظيفى فى النسق الاجتماعى . وهكذا يتخذ المجتمع من الإجراءات ما يكفى لمواجهة المرض ، والمحافظة على القدرة الجسمية والدافعية لأداء الأدوار الاجتماعية للمحافظة على النسق وتطوره[٣١] .

وقد وجه بارسونز اهتمامه الواضح لدور المريض Sick role فى الولايات المتحدة ، حيث حدد أربع خصائص هى[٣٢] :

١ـ إن المريض لا يكون مسئولاً عن مرضه لأن المرض غير إرادى .
٢ـ عجز المريض عن القيام بالواجبات الأساسية التى يكلف بها .
٣ـ يعتمد عدم القيام بالواجبات على المريض الذى يعرف أن المرض مكروه ويجب التخلص منه بالبحث عن الشفاء .
٤ـ تساعد الجماعة المرجعية مريضها وخاصة فى البحث عن العون الطبى .

وقد لاقى دور المريض اهتماماً ملحوظاً فى المجتمع الأمريكى والمجتمعات

---

(٣٠) Logan and Hunt, op. cit., P. 28.

(٣١) Talcott Parsons, The Social System, Amerind publishing Co. Put Ltd., New Delhi, 1972, PP. 434 - 437.

(٣٢) د . على المكاوى ، علم الاجتماع الطبى : مدخل نظرى ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٠ ، ص ص ٣٠٣ ــ ٣٠٥ .

الأوربية ، واستخدمه عديد من علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا ، نظراً لانطباق تحليله على الطبقات الوسطى الأوربية[٣٣] . إلا أن هناك بعض التحفظات على نظرة بارسونز لدور المريض ، لأن هناك أمراضاً غير خطيرة ولا تنعكس على النشاط والعمل ، علاوة على الأمراض المزمنة التى لا يستدعى فيها المريض طبيباً كما يحدث بين الطبقة العاملة والفلاحين وغيرهم ممن لا يحتاجون إلى متخصصين .

(٣) المرض مؤشر لأداء النسق الاجتماعى : حيث يرتبط المرض والاستجابة له بالبناء الاجتماعى ، والمحافظة على استمرارية النسق الاجتماعى . والملاحظ أن الظواهر الطبية يمكن أن تدل على أداء النسق الاجتماعى . فصحة السكان مؤشر بالغ الأهمية لمدى كفاءة المجتمع فى أدائه الوظيفى . وقد أوضح بعض الفلاسفة القدامى أن المجتمع الديمقراطى لا يحتاج كثيراً إلى أطباء ، ويرى بلوتو Ploto أيضاً أن الحاجة المتزايدة إلى الأطباء والمستشفيات تدل على مجتمع سيء[٣٤] .

وفى الاتحاد السوفيتى السابق انتشر وباء التيفوس Typhus بعد الثورة البلشفية مباشرة ، وبشكل يهدد المجتمع نظراً للجوع ونقص الوقود وقلة وسائل النظافة كالصابون . وهنا علق لينين Lenin على الموقف أمام مجلس السوفيت الأعلى بقوله : « إما يهزم القمل الاشتراكية ، وإما أن تهزم الاشتراكية القمل » . وعلى هذا يعد استخدام الصحة كمقياس لكفاءة المجتمع فى تلبية حاجات أعضائه ، علمية تكتنفها الكثير من المشكلات النظرية العامة[٣٥] .

وقد وضعت منظمة الصحة العالمية تعريفاً للصحة يعتبرها « حالة التحسن الجسمى والعقلى والاجتماعى الكامل ، وليست مجرد غياب المرض أو العلة » . غير أن هذا التعريف واسع بشكل يصعب معه التمييز بين ما هو صحيح عما

(٣٣) George Foster, Medical Anthropology, John Wiley & Sons, New York, 1978, PP. 145 - 146.

(٣٤) Health and Human Conditions, op. cit., P. 30.

(٣٥) Jack Elinson and Ann Mooney, (ed.), Health Goals and Health Indicators :Policy, Planning and Evaluation, Westview press, Colorado, 1977, PP. 56 - 66.

هو مريض بالمعنى الجراحى مثلاً(٣٦) ، علاوة على صعوبة تطبيقه ، حيث توجد تقسيمات أخرى يمكن أن تعكس الحالة الصحية فى المجتمع مثل متوسط العمر ، ونسبة حدوث المرض ، ومشاركة المجتمع المحلى فى التنمية الصحية(٣٧) . إلا أن هذا لا يشفى الغليل فى فهم الصحة ، ولذلك أوضح باتس Bates أن الصحة تحتوى على شىء عظيم وهو هدف من أهداف الحياة تنشد عمراً أطول وسعادة قصوى وانتاجاً أغزر(٣٨) . ولكن الصحة ـــ فوق كل ذلك ـــ تعتمد على السياق الاجتماعى والثقافى الذى نعيش فيه ومن خلاله نرتبط بالآخرين ، والمخاطر الاجتماعية والبيئية التى نتعرض لها .

رابعاً : الطب والتغير الثقافى :

أسفرت التكنولوجيا الحديثة والتصنيع الذي يعتمد عليها عن تغيرات ثقافية عديدة فى كل أرجاء العالم ، وكان من بينها استخدام الطب الحديث والممارسات الطبية الحديثة فى مجتمعات العالم الثالث ، حتى انخفضت معدلات انتشار الأمراض والوفاه عموماً . ولكن لا تزال الأنساق الطبية الشعبية تضطلع بدورها ، وتؤثر على الصحة وعلى اختيار العلاج الطبى وسلوك المرض(*) .

إذن هناك موقف ثنائى يضم نسقى الطب الرسمى وغير الرسمى ، وما بينهما من تفاعل . وقد أوضحت دراسات عديدة أن الطب الحديث يمكن أن يقدم الكثير للمجتمع ، إذا استعان بالطب الشعبى . وفيما بين النسقين يتحدد القرار الطبى الذى يساعد على فهم السلوك الإنسانى ، وعلاقته بالتغيرات الثقافية . وسوف نستجلى هذه العلاقة من خلال العوامل التالية :

(١) مؤثرات معرفية على اختيار العلاج الطبى .

(٢) مؤثرات أخرى على السلوك الطبى

---

(٣٦) David Mechanic, Medical Sociology. The Free Press, New York. 1978. P. 53.

(٣٧) Peter Oakley. Community Involvement in Health Development. WHO. Geneva. 1989, PP. 2 - 4.

(٣٨) Logan and Hunt, op. cit., P. 30.

(*) راجع التفاصيل فى الفصلين الثالث والرابع القادمين

(١) المؤثرات المعرفية على اختيار العلاج الطبى : وهى تتمثل فى تعريف المرض ، والإشباع الذى يحققه العلاج ، وتأثير التراث .

أ ــ يعد تعريف المرض أحد المداخل المعرفية Cognitive approaches الهامة فى دراسة مشكلة التفاعل بين الطب الحديث والطب الشعبى ، حيث أكد على أهمية نمط المرض كعامل مؤثر فى عملية الاختيار العلاجى . وقد أشار الباحثون الميدانيون إلى ميل الناس فى المناطق النامية إلى التمييز بين أنواع الأمراض التى يمكن أن يعالجها الأطباء ، وبين الأمراض التى تستجيب لعلاج المعالجين الشعبيين المحليين .

وهناك دليل واضح قدمه الأنثروبولوجيون ــ أمثال فوستر Foster وإرازموس Erasmus وسيمونز Simmons ــ على الناس الذين يستفيدون من نسقى الطب ، يميلون نحو تصنيف الأمراض فى فئتين واسعتين ، أولاهما فئة الأمراض التى يعالجها الأطباء دون غيرهم ، وثانيهما فئة الأمراض الأكثر استجابة لمساعدات المعالج الشعبى . وهناك نوع من المرونة فى هذه الإدراكات . إلا أن مسار المرض ، ونتيجة الخبرة السابقة فى علاج نفس الحالة ، وتنوع العوامل الأخرى قد تثير شك المريض فى العلاج ، فيتجه إلى نسق طبى ويترك الآخر .

وعلى الرغم من أن الأسماء الحديثة والشعبية للمرض تساعد الممارس فى العلاج ، إلا أن المريض قد يستشير آخرين ، وبالتالى فليست تصنيفات الأمراض ، ولا تصنيفات الممارسين (الأطباء والمعالجون الشعبيون) نهائية وقاطعة(٣٩) .

ب ــ الاستفادة من العلاج والرضا عنه وهو مدخل معرفى آخر فى فهم عملية استخدام الطب الرسمى والشعبى ، ولا يركز على التعارض بينهما بقدر ما يهتم بما يقدمه كلا النسقين للمريض من إشباع وإرضاء . وفى هذا الصدد أوضحت جونزاليز Gonzalez وجود نوعين من مصادر شفاء المرض وهما الأدوية Medicines والخبرة Practice . وعرّفت الأدوية بأنها أية مدة تعطى

(٣٩) Ibid, P. 32.

أو تحقن فى الجسم ويعتقد المريض والمعالج المتخصص بأنها تغير حالة الجسم إلى الشفاء الأفضل . أما الخبرة فهى أى فعل سبق للمريض — أو لشخص آخر — تجربته ، وقد يؤثر أو لا يؤثر ، ولكنه محل اعتقاد وتصديق فى تأثيره على الصحة .

وقد خلصت جونزاليز من دراستها فى جواتيمالا إلى أن الناس هناك يلجأون إلى الطب الرسمى ، ويستخدمون الأدوية الحديثة التى يثقون فى فعاليتها وكفاءتها عن المعالجات الشعبية ، ولكنهم مع ذلك لا يقتنعون ببعض النصائح والممارسات الطبية الحديثة كالاستجمام وممارسة النشاط الرياضى وتغيير المكان والجو ، كما لا تلائمهم فى بعض الأحيان . وعلى هذا فلا تزال الممارسات الطبية الشعبية تلعب دوراً أساسياً ، وتلقى الاستحسان والقبول من أعضاء هذا المجتمع .

جـ — تأثير التراث : سبقت الإشارة إلى أن انتشار المعتقدات الطبية الشعبية لم يعق استخدام الطب الحديث حينما ظهرت كفاءته . وقد أكد على هذه الفكرة إرازموس Erasmus فى ضوء نظريته عن التغير الثقافى مشيراً إلى أن التراث ليس قوياً لدرجة منع الناس من البحث عن المزايا التى يجنونها من تغيير سلوكهم ، وبالتالى يمكنهم أن يغيروا بعض ممارساتهم ومعتقداتهم من أجل شيء أفضل يعود عليهم بالفائدة . وإن كانت الأوضاع القائمة تحول أحياناً دون الاستقبال الجيد للأفكار والعادات الجديدة ، ولهذا يستمر المجتمع متمسكاً بتراثه . ومن الممكن أن يضيف الأفراد بعض الممارسات الجديدة إلى نشاطهم ، مع الاحتفاظ بالتراث فى نفس الوقت .

وينطوى هذا الموقف على أهمية خاصة بالنسبة للمجال الطبى ، الذى تكون فيه المظاهر خادعة . وقد أشار فوستر إلى أن إقناع الناس بجدوى وأهمية البرامج الصحية ، اكثر صعوبة من إقناعهم بالمساعدات الفنية والتكنولوجية[٤٠] . والملاحظ أن هناك بعض العوامل التى تعوق استقبال حقائق الطب الحديث ذات الكفاءة والتأثير ، فى المجتمع الذى لا يحظى فيه الطب الشعبى بفاعليته ، ومنها[٤١] :

(٤٠) George Foster. Traditional Cultures, op cit . P. 78.

(٤١) Health and Human Conditions, op. cit., P 32.

١ــ إن معظم الأمراض تشفى تلقائياً ، وعندما يتزامن الشفاء مع الذهاب إلى المعالج الشعبى ، فإنه ينسب للمعالج غالباً .

٢ــ حينما يتم العلاج على أيدى الطبيب والمعالج الشعبى معاً ، ويحدث الشفاء على أيدى الطبيب ، إلا أن الناس ينسبونه إلى المعالج الشعبى .

٣ــ إن معظم أغراض الطب الحديث ونتائجه يخطىء الناس فهمها ، فالوسائل التى يستخدمها الطبيب فى الفحص والتشخيص ، يعتبرون أنها هى العلاج . فالمريض الذى يأخذ منه الطبيب عينة دم ، يتصور أنها علاج يؤدى إلى الشفاء . وحينما لا تتضح مزايا الطب الحديث ، يزداد اعتماد الناس على الممارسات الطبية الشعبية وما ورائها من المعتقدات الطبية التى ترتبط بالسحر والدين والقيم ، مما يحول فى النهاية دون تغيير السلوك الطبى .

(٢) **مؤثرات أخرى على السلوك الطبى** : وهى تتمثل فى الاتجاهات التواكلية نحو المرض ، والأهمية الرمزية للظواهر الطبية ، والأساليب العلاجية(٤٢) .

أ ـــ أما الاتجاهات التواكلية : فهى تضيّع جدوى المجهودات والبرامج الصحية إذا اقتنع المرضى بأن سبب المرض محتوم ولا يمكن لأى شخص أن يغيره . وهنا نفرق بين نوعين من التفاعل مع المرض : **النوع الأول** : هو التفاعل السلبى لعلامات المرض حيث لا يعتبرها المريض علامات فعلية على المرض . **والنوع الثانى** : هو التفاعل مع الأعراض التى يستقبلها المريض كدليل على المرض ، ولكنه يعتقد فى عجزه عن مواجهة المرض أو التأثير فيه . وهذه النظرة التواكلية تتعارض مع الدين ، علاوة على أنها تقلل من فاعلية وكفاءة الخدمات الصحية .

ب ـــ وأما الأهمية الرمزية للظواهر الطبية : فهى تعكس كيفية تفاعل الإنسان مع الأنساق الطبية ، طبقاً للمعتقد والسلوك . فاستخدام الطب الحديث يعتبر تغييراً للسلوك وتطويراً له ، إلا أن الاعتزاز العرق أو الكبرياء الإثنية حينما تدخل هذا المجال ، فإنها تجعل من المعتقدات والممارسات الطبية

---

(٤٢) Ibid, P. 33.

الشعبية مصادر قيمية تميز الجماعة فالولاء Loyalty لأمراض معينة يعتبر فى بعض الأحيان مصدر كفاءة الطب الحديث . ففى الصين والهند الآن ، نلاحظ أن الحماية السياسية والأكاديمية التى غطت الأنساق الطبية الشعبية لم تصدر بسبب ما انجزته هذه النظم من العلاج فقط وإنما مرجعها إلى الابداع الثقافى والهوية القومية لهذه المجتمعات .

جـ ـ **أساليب العلاج** : وهى تؤثر إلى جانب المواد العلاجية فى اختيار الناس للمعالج الشعبى . وقد لاحظ ماريوت Marriott أن الممارسات الطبية الغربية فى المجتمعات القروية بجنوب الهند لاقت المعارضة والتجاهل ، نظراً لتركيزها على الخصوصية والسرية لكل حالة مرضية ، والمسئولية الفردية ، واعتمادها على الروشتات المكتوبة ، والطبيعة الديمقراطية المبنية على تبادل الثقة ، وكلها ملامح تتعارض مع خبرة القرويين واتجاهاتهم . ولذلك يطالب ماريوت بضرورة التمييز بين « الطب الغربى » و « الطب العلمى » ، وتخليص الممارسات الطبية من نزعات التعاظم الثقافى الغربى ، لكى تتلاءم مع الأوضاع المحلية دون أن تفقد فاعليتها الفنية .

* * *

الفصل الثانى

الثقافة والصحة والمرض

الفصل الثانى

الثقافة والصحة والمرض

مقدمة :

ما زالت الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية تؤكد على أن لمهنة الطب علاقة وثيقة بالبناء الاجتماعى والثقافة ، علاوة على تفردها عن باقى المهن الأخرى . فالطبيب يتعامل مع كائنات بشرية ، ويمارس دوره فى وجود أقارب المريض وأصدقائه ، وهى بيئة بشرية مسئولة إلى حد كبير عن أهمية المغزى الوجدانى والرمزى التعبيرى للعلاقات الاجتماعية والثقافية . ومن ناحية أخرى فإن هناك مجموعة من الأحاسيس التى تدور حول حرمة الجسد Inviolability وتستمد مقوماتها أساساً من المجتمع والثقافة السائدة فيه[1] . فالثقافة هى التى تحل للطبيب الاطلاع على الجسم البشرى (سواء كان الرجل أو المرأة) ، على حين لا تجيز إطلاع أى إنسان على أجسام الآخرين ، حتى وإن كانوا من نفس نوعه . ولذلك فإن مهنة الطب تعتبر فى مقدمة المهن التى تحدد الثقافة قواعدها وآدابها وتقنينها .

وإذا لم تكن العلاقة بين الصحة والمرض والثقافة واضحة المعالم ، فإن علم الأنثروبولوجيا الطبية يتصدى لتوضيحها وإبرازها والتأكيد على أهميتها ولهذا السبب نجد العاملين بالخدمة الصحية ـــ بالمستشفيات العامة والتعليمية والوحدات الصحية الريفية ـــ يبحثون عن مغزى الدور الذى تلعبه الثقافة فى الإصابة بالمرض وسلوك المريض ، والعلاج ، والتغذية ، وتنظيم الأسرة ، وسوء استخدام الأدوية والعقاقير والكحوليات وغيرها[2] . وهكذا تحدد الثقافة لنا بدقة أسباب معاناة الناس من الأمراض ، وكيفية العلاج ومساره .

---

(١) انظر : Talcott Parsons, op. cit., P. (451).

(٢) د . على المكاوى ، الصحة والظروف البشرية ، مرجع سابق ، ص (٣٢٥)

وعلى الرغم من نجاح الطب الحديث فى تفسير معظم الأمراض ، وتقديم العلاج الطبى المناسب ، وعلى الرغم من انتشار الخدمات الصحية فى المجتمع ؛ فإن بعض قطاعات البناء الاجتماعى تظل على تمسكها بثقافتها[٣] ، فلا يزال البدو مثلاً يصرون على تفسير الحمل بمعتقدات غيبية ، ويعتقدون أن « العاقر » قد تكون مربوطة « ربطة جن » ، وإذن فلا جدوى تنتظر — عندهم — من الخدمات الصحية الرسمية ، ولا بد من التعويل على الفقهاء (السحرة) لحل هذه الربط .

وهكذا تلعب الثقافة الدور الحيوى فى تحديد حجم الطلب على الخدمة الطبية ففى الريف المصرى فإن المرأة لم تكن تقبل بسهولة أن تذهب إلى الوحدة الصحية حتى لا يطلع الطبيب عليها ، على حين لا تتردد فى زيارة الوحدة الصحية إذا كان فيها طبيبة ، وهكذا تفسر لنا قلة أعداد الطبيبات بالريف عموماً قلة تردد النساء على الوحدات الصحية . وفى ريف كولومبيا لا يعرض الأبوان أبنهما المريض على الطبيب تعللاً بأن الغنى هو الآخر يموت ، رغم قدرته على دفع تكاليف الرعاية الطبية الفائقة[٤] . وتشير فيرجينيادى بندا V. De Pineda إلى الصعوبات البالغة التى كان على الطبيب أن يواجهها فى الريف الكولومبى ، فى تدعيم الثقة بينه وبين الجماهير وقد حاولت هى نفسها أن تقنع الآباء بضرورة عرض أبنائهم المرضى على الطبيب ولكنها كانت تقابل بهز الأكتاف وفغر الأفواه .

ومن ناحية أخرى فإن دور الثقافة السائدة فى الريف المصرى — على سبيل المثال — يتجلى فى انصراف الناس عن النسق الطبى الرسمى ، لتجاهله لطبيعة البناء الاجتماعى والثقافة الريفية[٥] ، وانحصار اهتمام التعليم الطبى فى العلوم الطبية فحسب ، دون التطرق إلى بعض المعوقات الثقافية لدور الطبيب والنسق الطبى فى القرية المصرية . والملاحظ كذلك أن دور الثقافة يمتد تأثيره إلى

---

(٣) د . نبيل صبحى حنا ، المجتمعات الصحراوية ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٤ ، ص ١٠٨

(٤) G. Foster. Traditional Societies, op. citl., P. (85).

(٥) فوزى عبد الرحمن ، دراسة أنثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية فى الريف المصرى مع التطبيق على إحدى القرى ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٨٤ ، ص ب وما بعدها .

استجابات الناس للمرض ، وسلوكهم حياله ، وطلبهم للخدمة الصحية ، أضف إلى ذلك أن التنوع الثقافى هو الآخر يلعب دوراً ملحوظاً فى سلوك المرض ، والتعامل مع المؤسسات الصحية .

وفى ضوء ما سلف فقد رأينا أن يتناول هذا الفصل العناصر التالية :

أولاً : الثقافة والصحة والمرض .
ثانياً : الثقافة وسلوك المرض .
ثالثاً : المدخل الثقافى للخدمة الصحية .
رابعاً : العادات والتقاليد الشعبية والصحة والمرض .
خامساً : المعتقدات الشعبية والصحة والمرض .
سادساً : الأمثال الشعبية والصحة والمرض .
سابعاً : الدين والطقوس والصحة والمرض .
ثامناً : القيم الثقافية والصحة والمرض .
تاسعاً : المفهوم الشعبى للصحة وأسباب المرض .
عاشراً : التغير الثقافى وبرامج الخدمات الصحية .

*****

أولاً : الثقافة والصحة والمرض :

من المعروف أن المرض والخدمة الصحية موضوعان شائعان فى كل مجتمعات العالم ، وإنما تتنوع أنماط المرض وكيفية إدراكها ومعالجتها بتنوع المجتمعات والثقافات . وقد تزايد الوعى بدور الثقافة فى المسائل الصحية ، مما عجل بتطور الأنثروبولوجيا الطبية ، باعتبارها « دراسة كلية مقارنة للثقافة ومدى تأثيرها على المرض والرعاية الصحية »[٦] . ويمثل مفهوم الثقافة هنا نصف مجال اهتمام هذا العلم ، بينما يتمثل النصف الثانى فى الصحة والمرض والوقاية والعلاج ، فللثقافة إذن أهميتها الحيوية فى مجال الصحة والخدمة الصحية ، حيث تؤثر إلى حد كبير فى الموضوعات التالية[٧] :

---

(٦) Logan and Hunt, op. cit., P.(xiii).

(٧) على المكاوى ، الصحة والظروف البشرية ، مرجع سابق ، ص (٣٢٩) .

١ ــ نمط انتشار المرض بين الناس .
٢ ــ طريقة الناس فى تفسير المرض ومعالجته .
٣ ــ السلوك الذى يستجيب به الناس لانتشار الطب الحديث .

وتؤكد الدراسات الأنثروبولوجية على أهمية العوامل الثقافية فى الصحة والمرض والوفاة . وقد حاولت « دى بندا » تفسير أسباب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال فى المناطق الريفية بكولومبيا ، فوجدت أن الثقافة السائدة تملى نوعاً من اللامبالاة ، والسبات الذى فرضته الأحوال الاقتصادية والاجتماعية على أبناء الريف(٨) ، فالآباء لا يطلبون الخدمات الصحية لأبنائهم المرضى ، وحتى إذا مات الطفل فإن أبويه يقولان : « إن مصيره هكذا ، حتم عدم نموه » . ومن ناحية أخرى تعرقل الثقافة انتشار الخدمة الصحية ، وتغطية احتياجات أبناء المجتمع ولذلك فقد كان العاملون بالصحة العامة وبرامج الرعاية الصحية يشكون من ضياع جهودهم لنشر الخدمة ، والحد من ارتفاع معدل وفيات الأطفال والأمهات فى حالة الوضع ، وبخاصة فى بعض بلدان الشرق الأوسط وأمريكا الجنوبية ، ومناطق أخرى ، حيث لا يباح لرجل ــ مهما كان ــ أن يطلع على المرأة أو تنكشف أمامه فى حالة فحص طبى غير زوجها ، الأمر الذى يفسر لنا إحجام المرأة المريضة ، أو ترددها فى اللجوء إلى الخدمات الصحية الرسمية .

والواقع أن الثقافة تحدد نوعية معلومات الإنسان عن المرض والوقاية منه ، ولذلك توجد اختلافات بين الناس حيال هذا الموضوع باختلاف المجتمعات والثقافات ، حيث تقبل بعض الجماعات على الخدمات الصحية وتدبر بعضها الآخر عنها . وقد أوضحت كثير من الدراسات كيفية تأثير الثقافة على استجابات الناس للآلام والعلل فى مختلف الثقافات ، وبالتالى كشفت النقاب عن تباين هذه السلوكيات فى حالات المرض ، ومنها دراسة ستشمان Suchman ودراسة زبوروفسكى على سبيل المثال(٩) . كذلك وقف إيرل كوس E. Koos على تأثير الثقافة على المعرفة الفعلية لأبنائها بالصحة والمرض ،

(٨) G. Foster, Traditional Societies, op. cit., P. (85).

(٩) Caroline Cox, Sociology : An Introduction For Nurses, Midwives and Health Visitors, London, 1983, P. 133.

وعلى مدى الاعتماد على الخدمة الصحية فى طبقة اجتماعية معينة . إذ درس ٥١٤ أسرة ، واستنتج أن الثقافة الشعبية لا ترى خطورة فى بعض الأعراض المرضية كالسعال المستمر وتورم رسغى القدم ، وظهور دم فى البول ، ولذلك لا تستأهل اللجوء إلى الخدمات الصحية(١٠) .

وقد أكدت البحوث اللاحقة وجود التباين الثقافى فى التعبير عن الألم ، وفى تفسير أعراض المرض والتجاوب معها بين جماعات البحر المتوسط على سبيل المثال(١١) . ولعل هذا التنوع ضمنى أساساً فى ضوء التنشئة الاجتماعية ، خاصة وأن الاختلافات فى سلوك المرض تعكس مجرد أساليب مختلفة مكتسبة ثقافياً للتوافق مع الثقافة السائدة والسياق الاجتماعى العام . ومن الواضح أن هذه الأساليب تحمل فى طياتها تفسيرات الثقافة للمرض ، ولأسبابه وعلاجه وهى تتعارض مع التفسيرات العلمية للأمراض ، وتتناقض مع وسائل العلاج الطبى الحديث . ومع ذلك فلا يلتفت إليها التعليم الطبى المعاصر ولا يراعى مدى رسوخها وتأصلها فى الثقافة الانسانية . وعلى هذا تعوق تلك الثقافة انتشار الخدمات الصحية ، أو تحول دون الاستفادة منها . ويزداد الأمر خطورة عند قصور الخدمات الرسمية عن تغطية حاجات المجتمع الصحية . ويصدق ذلك على تفسيرات الثقافات المصرية البدوية والريفية لأسباب أمراض الصرع والشلل الوجهى ، على سبيل المثال ، وعلى كيفية علاجها . فالغالب إرجاع هذه الأسباب إلى أذى الكائنات فوق الطبيعية فى المناطق البدوية الواسعة ، والريفية المظلمة ، و « الزعل » الشديد ، كما يتحدد العلاج بالتالى فى اللجوء إلى السحرة ، والمعالجين الشعبيين بالحجامة ، والكى . ومن هنا تحول تلك الثقافات دون انتشار الخدمة الصحية والاستفادة منها . ومن ناحية أخرى تؤثر الثقافة على مدى ثقة الجمهور المصرى فى النسق الطبى الرسمى وفى الخدمات التى يؤديها أعضاؤه . فالثقة والإقبال ترتبط بكفاءة الطبيب ، وبسهولة الحصول على الخدمة والتواضع فى التعامل ، ومراعاة لغة الاتصال ، والبدء بالبسملة وبالآيات القرآنية ، والاستشهاد بالأمثال الشعبية ، وسعة الصدر فى طمأنة المرضى والرد على استفساراتهم

(١٠) Boek and Boek, Society and Health, N.Y., W.D., P. 142.

(١١) انظر Patrick and Scambler, op. cit., P. 48.

ثانياً : الثقافة وسلوك المرض :

إن الممارسة الطبية الحديثة تنتظم حول تطبيق المعرفة العلمية على مشكلات الصحة والمرض ، والتحكم فى المرض ذاته بالوقاية والعلاج ، كما أن العلم نمط خاص ينبثق عن الظاهرة الثقافية ، وبالتالى تتأثر تطبيقاته بالثقافة السائدة فى المجتمع ، فإذا غلب عليها المعتقدات الشعبية وانعدمت العناصر العلمية الإمبريقية وندرت الخدمات الصحية الرسمية أو غلا ثمنها ، ساد اللجوء إلى العلاج السحرى والزار والطب الشعبى والاستشفاء بالأولياء . بينما لو توافرت المعرفة العلمية وغلبت النزعة الامبريقية على الثقافة ، وتيسرت الخدمات الصحية الحديثة ، زاد الإقبال عليها واللجوء إليها فى حالات المرض والخطورة .

وإذا كانت الثقافة تقى الإنسان المرض ، كما تصيبه به أيضاً ، فإنها تنطوى على عديد من التأثيرات الأخرى ، فهى مصدر تعريف المرض والاستجابة له . ولذلك تختلف تعريفات المرض والاستجابات له من ثقافة إلى أخرى . والدليل على ذلك أن بعض الثقافات تربط الهزال والأنيميا بسوء التغذية ، على حين تعزو ثقافات أخرى هذه الأعراض والأمراض إلى الحسد والكائنات فوق الطبيعية .

والواقع أن علم الاجتماع الطبى يولى الاستجابات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض أهمية خاصة ، حيث يركز على تصورات الناس حول صحتهم ، والاجراءات الوقائية للحفاظ عليها أو تحسينها ، وعلى تعريفاتهم واستجاباتهم للأعراض والأمراض ، وآثار الاتجاهات المتنوعة والسلوك المتباين على مسار المرض ونجاح العلاج[١٢] . وهكذا يتفاوت اللجوء إلى الخدمات الصحية الرسمية مثلاً فى حالات المرض بتفاوت الإطار الثقافى السائد . فقد يحول هذا الإطار دون استفادة الحوامل من خدمات رعاية الأمومة والطفولة ، كما فى القطاعين البدوى والريفى بالجيزة ، حيث ترفض الحوامل الحصول على هذه الخدمات . ويرفضن أن يولدهن مساعدات المولدات أو الممرضات ويلجأن فى الغالب إلى الداية .

---

(١٢) انظر : David Mechanic, op. cit., P. 4.

وقد نال سلوك المرض اهتمام الباحثين ، فأجروا تنميطاً لهذا السلوك من خلال وجهتى نظر ، تكمل كل منهما الأخرى[١٣] ، فتعتبر الأولى الأنماط السلوكية نتاجاً لعملية التكيف الاجتماعى والثقافى ، لأنها تمارس دورها فى سياق اجتماعى وثقافى وترتبط به ، وترى الثانية أن هذه الأنماط السلوكية للمرض جزء من عملية تواؤم كبرى لمواجهته وعلاجه . وهكذا فإن الثقافة مهما كان نوعها وطبيعتها ، تترك بصماتها على سلوك المرض ، وعلى أدوار المريض بوضوح . ويمكن القول بأن الفروق الثقافية أكثر تأثيراً وبروزاً عن الاختلافات الاجتماعية الاقتصادية فى هذا الجانب .

وتعد الشكوى من المرض فى مجتمعنا المصرى وسيلة لتخفيف الآلام لا يستهان بها . علاوة على أن المريض يحتاج إلى السلوى وسماع دعاء أهله وأصدقائه له بالشفاء ، وعيادتهم له ، كما أنه يدعو ربه بقلبه وروحه ليصرف عنه السوء ، ويجتاز الأزمة ، ويعيش فى جو روحى صافٍ ويزداد قرباً من الله . والملاحظ أن عُوّاد المريض يواسونه فى مرضه ويؤكدون له أنه ابتلاء من الله تعالى لعباده الصالحين ، وأن الصبر على البلاء مآله الجنة ، وأن الله تعالى ابتلى سيدنا أيوب ، فلما صبر كشف ما به من ضر ... الخ . ويظل العواد يذكرون حالات أكثر قسوة وأخطر مرضاً ، ولكن الله تعالى شفاها[*] ، وأن المرض فترة انتقالية يصبح بعدها المريض أكثر قوة وصحة . ونحن لا ننكر التأثير النفسى الهائل الذى تحدثه هذه العيادة والمواساة فى تحسن صحة المريض ومساعدته على اجتياز أزمته . وتمثل الثقافة المصرية رافداً أساسياً يستقى منه المجتمع الأنماط الملائمة لعيادة المريض .

★ ★ ★

---

(١٣) انظر : Ibid, P. 260.

(*) كنت أعوداً شاباً مريضاً بدوالى المرىء فى بيته ، وكانت حالته خطيرة للغاية ، وذكر أحد العواد للمريض حالة شاب يعرفه الجميع فى القرية كان « قلبه مخروم » ، ومع ذلك فقد عاش صحيحاً سليماً . وهى مثال لما يقال ضمن « ثقافة مواساة المرضى » .

ثالثاً : المدخل الثقافى للخدمة الصحية :

تهتم الأنثروبولوجيا الطبية بدراسة العلاقة بين الثقافة والصحة والمرض والوقاية والعلاج ، وبالتالى تبرز دراساتها جوانب هذه العلاقة ولا سيما أهمية الثقافة فى تحديد أنماط الأمراض وتفسيرها وعلاجها وطبيعة التفاعل مع الخدمات الصحية الرسمية[١٤] . ومن هنا يهتم الأنثروبولوجيون بدراسة علاقة الدين والقيم بالممارسات الصحية ، ويدرسون طقوس الميلاد والمرض والوفاة ، والاعتقاد فى الوظيفة الوقائية للطقوس ، وتأثير القيم على الصحة والأهمية الثقافية للعادات الغذائية ، والنتائج الصحية الناجمة عن التغير الثقافى[١٥] . وتسعى تلك الدراسات إلى رسم صورة شاملة عن العلاقة بين البناء الاجتماعى والثقافة ، وتقديمها للأطباء والمسئولين عن الصحة لتبصيرهم بالأداء الكفء للخدمة الصحية ، وبمواقعهم على الخريطة الاجتماعية للمستشفى أو الوحدة الصحية التى يعملون بها[١٦] .

والجدير بالذكر أن المتخصص فى الأنثروبولوجيا الطبية ينظر باهتمام إلى تطور المرض وتوزيعه الجغرافى ، والوسائل والأساليب التى اكتسبتها المجتمعات للتعامل معه وعلاجه ، والطرق المُثلى لتحسين الطب الحديث وبخاصة فى المجتمعات التقليدية وتطويره[١٧] . ولكن لماذا المدخل الثقافى للخدمة الصحية ؟ الواقع أن الوعى بدور الثقافة فى المسائل الصحية هو الباعث الأول على تطور الأنثروبولوجيا الطبية ، وبالتالى فإن المدخل الأنثروبولوجى ينطوى على أهمية بالغة فى استجلاء هذا الدور ، وتحديد الوسائل الملائمة لتقديم الخدمات الصحية فى ضوء البناء الاجتماعى والثقافى السائد ، ومراعاة اتساق الخدمة مع طبيعة البيئة الحضرية والريفية والبدوية والساحلية .. الخ . ومن ناحية أخرى فإنه يمكن للأنثروبولوجى أن يكون معاوناً للطبيب وللمعنيين بالخدمة الصحية ، فإذا كان الطبيب يعالج الحالات المرضية ، وإذا كان المعنيون بالصحة

(١٤) Logan and Hunt, op. cit., P. (xiv).

(١٥) د . نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، ع ٣ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٢ ، ص ٣٧ .

(١٦) على المكاوى ، الطب السحرى ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، ع ٤ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٣ ، ص ٤٧٣ .

(١٧) على المكاوى ، الصحة والظروف البشرية ، مرجع سابق ، ص (٣٢٨) .

والخدمات الصحية يسعون إلى الحفاظ على صحة الإنسان ؛ فإن هؤلاء يحتاجون إلى منْ ينظر إلى المجتمع وإلى جذور مشكلاته نظرة ميكروسكوبية ، كما يحتاجون إلى من يستطيع أن يتتبع نتائج الممارسات والوسائل الطبية[١٨] . وبمعنى آخر فإن الطبيب يخاطب الجسم المريض ، والأنثروبولوجى يخاطب المعتقدات والاتجاهات والعادات وغيرها مما يتصل بالصحة والمرض والخدمة الصحية .

ويتضمن المدخل الثقافى تناول العلاقات بين محتوى الثقافة والأساليب الثقافية للحياة ، وبين تعريفات الصحة والاستجابة للمرض . فهى التى تحدد لنا كيفية إدراك المرض والتعبير عنه ورد الفعل تجاهه . ويلعب السياق الثقافى دوره هو الآخر فى تحديد الحالات والظروف المرضية التى ندركها والأسباب التى نعزوها إليها ، والأشخاص المسئولين عن تقييمها وتعريفها[١٩] . كما تمارس التعريفات الثقافية تأثيرها على نتائج تحديد حالات مرضية معينة ، كأن تلصق ثقافتنا المصرية مرض البلهارسيا بالفلاح ، والأمراض الجلدية بالبدوى ، والأمراض العصبية والنفسية بالحضرى ... الخ . وتحدد هذه التعريفات مرة أخرى أساليب علاج هذه الأمراض والبدائل العلاجية المتعددة لها . وبالتالى فإذا راعى القائمون بالخدمات الصحية هذه الاعتبارات الثقافية ، نجحوا فى تقديم الخدمة . أما إذا سخروا من البدائل العلاجية الشعبية مثلاً ، فلن يقبلهم المجتمع ولن يقبل خدماتهم ، كما حدث فى أفريقيا الاستوائية ونيجريا وغيرها حيث تشير دراسات الأنثروبولوجيين .

ولا شك فى أن انتهاج هذا المدخل فى مصر ــ فى بعض الأحيان ــ قد ساهم فى إنجاح برامج المساعدات الطبية ، ونشر الخدمات الصحية فى الريف والبادية . فالواضح أن هذه البرامج تجمع بين طرفين هما مقدمو الخدمة من ناحية ، والمفيدون منها من ناحية أخرى ، وكلاهما ذو ثقافة تختلف عن الآخر ، ولا يذيب هذه الفروق الثقافية إلا المدخل الثقافى الذى ييسر الاتصال الكفء بين الطرفين ، والتعليم والعلاج . كذلك يفيدنا هذا المدخل فى التعرف على أنماط السلطة فى المجتمع المحلى وفى امكانية تغيير العادات الغذائية .

(١٨) د . نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ، ص ٩٣

(١٩) انظر : David Mechanic, op. cit., P. 55.

والوقوف على محاور التكامل والتباين بين الجماعات وديناميات الأجيال ودورها في إحداث التغير الثقافي ، وانتشار التفسيرات الطبية الحديثة والخدمات الصحية الرسمية . وهكذا يسهم الأنثروبولوجيون كأداة اتصال ثقافي مساعد بين الأطباء والمرضى ، في إحداث التغير الثقافي .

ومما يؤكد جدوى هذا المدخل الثقافي مرة أخرى في مصر ، أن الريف المصري كان يبجل الممارسين الطبيين الشعبيين وحلاق الصحة والقوابل ، لأنهم قد تعلموا بالخبرة والتجربة المداخل الصحية والمباشرة للتعامل مع القرويين . وبالتالي فهم يستندون إلى الإخلاص والابتسام الدائم والصبر والكلمات الرقيقة والعواطف والتحمل والفهم الواضح لأبسط المقومات النفسية للشخصية الريفية ، كما يراعون الاعتبارات الإنسانية في المرض ، والإسراع إلى النجدة فور الاستدعاء . وقد أسهم كل ذلك في تقبل المجتمع لهم والاحتفاء بهم وبممارساتهم ، فاكتسبوا ثقته واحترامه بشكل يفوق ما يوليه المجتمع للأطباء من ثقة واحترام . ومن ناحية أخرى نجد بعض العاملين بالصحة والأطباء ينتهجون هذا المدخل ، فيكتسبون ثقة مرضاهم واحترامهم ، وبالتالي ينجحون في أدائهم للخدمات الصحية بكفاءة فالممرضة تنصت للمريض ، وتستجيب لطلبه ، وتراعي مشاعره ، وتتحاور معه حول مرضه ، وتبشره بتحسن صحته ، كما يستطيع الطبيب أن يستهل كشفه على المريض بالبسملة ، وتلاوة بعض الآيات القرآنية أثناءه ، والاستشهاد بالأمثال الشعبية في إقناع المرضى باتباع النصيحة الطبية ، وتبني الأنماط والممارسات الصحية الجديدة .

أما بالنسبة للبدو بمرسى مطروح مثلاً فما يزالون يفضلون المنزل للولادة حتى ولو مع وجود الطبيب ، والا فالعيادة الخاصة للطبيب على الأكثر ، ولكنهم لا يفضلون المستشفى نظراً لأنهم يقضون أكبر فترة ممكنة مع الواضعة[٢٠] ، وهو ما يستحيل تحقيقه في المستشفى . كذلك فإن البدوية التي تتقدم للفحص الطبي أو إجراء الجراحات تطلب — عادة — تغطية وجهها ، نظراً لأن تغطية الوجه خجلاً سمة وسلوك ثقافي لدى البدو . وبالتالي فلن يجدي في

(٢٠) د . نبيل صبحي حنا ، المجتمعات الصحراوية ، مرجع سابق ، ص (١٠٩) .

تلك الحالات (الولادة بالبيت وتغطية وجه المرأة) إلا اتباع المدخل الثقافى مراعاةً للتقاليد السائدة وجذباً للأهالى للاعتماد على الخدمات الصحية الرسمية .

* * *

رابعاً : العادات والتقاليد الشعبية والصحة والمرض :

يجمع الأنثروبولوجيون والفولوكوريون على أن العادات « سلوك أو نمط سلوكى تعده الجماعة الاجتماعية صحيحاً وطيباً ، وذلك بسبب مطابقته للتراث الثقافى القائم »[٢١] . وتمثل العادات الاجتماعية والفردية مجالاً كبير الأهيمة ، يمكن أن تسهم فيه الأنثروبولوجيا الطبية بحل كثير من المشكلات الصحية[٢٢] ، فالتدخين مثلاً ظاهرة تجسد التفاعل بين الأبعاد الاجتماعية والثقافية وبين المرض ، وهو عادة من العادات التى تسيطر على الأفراد فى إطار اجتماعى معين .

وتؤكد الدراسات الأنثروبولوجية الطبية على أن العادات الاجتماعية ترتبط بالصحة والمرض ، وتمارس دورها فى تحديد نوعية الإجراءات العلاجية ونوعية الخدمة الصحية التى يلجأ إليها المريض — الرسمية أو غير الرسمية — وفى بعض الأحيان قد تقف العادات الاجتماعية ضد فكرة توفير العلاج الطبى الحديث أو اللجوء إليه[٢٣] . ومرد ذلك إلى أنها قد تعزو المرض إلى ظروف مؤقتة ، أو لا تراه من الخطورة بالدرجة التى تستدعى الطبيب .

أما الدراسات الطبية ذاتها فإنها تجزم بخطأ الاعتقاد بأن مشاكل الطب فى مصر تقع على عاتق الأطباء وحدهم ، لأن المرض ليس حقيقة معزولة كحقائق الكيمياء والرياضة ، وإنما هو انعكاس لظروف المجتمع العامة التى يعايشها الإنسان[٢٤] ؛ فمهما أنشأنا من المستشفيات ، وعممنا من الخدمات الصحية

(٢١) إيكه هولتكرانس ، قاموس مصطلحات الإثنولوجيا والفولكلور ، ط ٢ ، ترجمة الدكتور : محمد الجوهرى وحسن الشامى ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٧٣ ص (٩٥) .

(٢٢) د . نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ، ص (٧٣) .

(٢٣) Boek and Boek, op. cit., P. (142).

(٢٤) د . أحمد مختار منصور ، الإنسان والمرض ، منشورات جامعة الزقازيق ، د . ت ، ص ص (١١٠ — ١١١) .

والعلاجية فى كل مكان ، فلن يجدى ذلك طالما بقيت المشكلات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية بدون حلول إيجابية . وتؤكد دراسات الأطباء أيضاً على العلاقة الوثيقة بين المرض وبين العادات الاجتماعية ، وهى عادات تاريخية متأصلة يصعب تغييرها فى مدى زمنى وجيز .

ولعل واقعنا المصرى يجسد فعلاً تلك العلاقة الوثيقة بين العادات والصحة والمرض : فعادات أبناء الريف المصرى — كالاستحمام فى الترع ، والنزول فى المصارف والقنوات ، ومستنقعات الماء الآسن حفاة الأقدام — ترتبط بالإصابة بمرض البلهارسيا[٢٥] ، كما أن تعود الريفيات على غسيل الملابس والأوانى والخضروات فى مياه الترع ، وبالقرب من الأماكن التى يستحم ويتبول ويتبرز فيها الإنسان والحيوان ؛ يؤدى إلى الإصابة بالأمراض المتوطنة . أما فى المجتمع البدوى (واحة الجارة على سبيل المثال) فإنه يصعب أحياناً تقديم الخدمات الصحية على مستوى عالٍ ومنتظم ، فى ظروف اجتماعية واقتصادية وإيكولوجية خاصة . ويتصور الأنثروبولوجى حل هذه المشكلة بأن يقدم تقارير عن العادات والتقاليد ، والممارسات ، التى تنتشر لدى هذه الجماعات المعزولة ، وتؤثر على الصحة فيها .

والجدر بالذكر أن العادات تحدد لنا كيفية الإعلان عن المرض ، وأساليب التعبير عنه ، وطرق العلاج التى يمكن الاعتماد عليها ، فقد أكد باحثون عديدون على أن العادات الاجتماعية والفردية تساعدنا — بوعى أو بدون وعى — فى تحديد طريقة إعلاننا عن المرض والشكوى منه[٢٦] وتحديد الأساليب العلاجية الأساسية والبديلة فى مواجهة المرض . وتوضح دراسة ميكانيك Mechanic وفولكارت Volkart مدى تدخل العادات الفردية والاجتماعية فى تقييم مدى خطورة المرض ، وبالتالى مدى اللجوء إلى الخدمات الصحية والاعتماد عليها : فإذا كان هذا المرض شائعاً مألوفاً ويمكن التنبؤ بمساره ، فإن المريض لا يعرض نفسه على الطبيب إلا إذا كان راغباً فى الاستعانة بالخدمات الصحية ، ولكن كلما تباينت الأعراض وشذت ، وصعب التنبؤ بمجراها ؛ كلما خرجت الحالة عن نطاق العادات الفردية إلى

(٢٥) د . نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ، ص ص (٧٨ — ٧٩ ، ٩٣) .
(٢٦) David Mechanic, op. cit., P. (263).

نطاق العادات الاجتماعية ، ويتعاظم بالتالى دور العوامل الثقافية والاجتماعية فى اللجوء إلى الخدمة الصحية .

ومن ناحية أخرى فإن العادات الاجتماعية تحدد نمط العلاج ونوع الخدمة الصحية المطلوبة : ففى أفريقيا الاستوائية كان الناس يستعينون بأنساق الطب الشعبى السائدة ويثقون فيها ، وحاول فريق العاملين بالصحة هز تلك الثقة وإقناعهم بالاعتماد على الخدمات الحديثة ، ولكن محاولاتهم فشلت لارتباط هذه الأنساق الطبية الشعبية بسلسلة طويلة من العادات الاجتماعية والمعتقدات الشعبية(٢٧) ولذا تغلبت أنساق الطب الشعبى بفعل تلك العادات ، وأثرها فى توجيه السلوك .

وإذا ما استعرضنا العادات الاجتماعية فى علاقتها بالصحة والمرض ، وجدنا أن العادات المتعلقة بصحة الأم والطفل ، والعادات الغذائية ، تمثل أكثر العادات الشعبية إبرازاً لطبيعة هذه العلاقة ومغزاها ، وتأكيداً على دور الجوانب الثقافية فى الخدمات الصحية : فالأم فى البادية الشرقية بالسعودية لا تحبذ الولادة فى المستشفى ، بل تحرص كل الحرص على الولادة فى البيت ، على الرغم من توافر الخدمات الصحية الحديثة ، وسهولة الانتقال ، ويسر الحصول على الخدمة(٢٨) . وينطبق نفس الموقف على المرأة البدوية بمرسى مطروح مع الفارق فى توافر الخدمة ، ويسر الحصول عليها(٢٩) .

أما بالنسبة للعادات الشعبية المتعلقة بالحمل والرضاعة ، فإن الدارسات الأنثروبولوجية الطبية تكشف النقاب عن عمق التأثير الواضح بين الثقافة وصحة الأم والجنين ، ومن ذلك أن الأم فى نيجيريا تحد من التغذية فى أثناء الحمل ، وتفطم طفلها بشكل مفاجىء ، كما تحضها العادات الشعبية على الحد من تناول الغذاء الغنى بالبروتين كالسمك والبيض ولحم الجمال فى

---

(٢٧) Margaret Rrad, op. cit., P. (8).

(٢٨) على المكاوى ، « الثبات والتغير فى العادات والتقاليد والمعارف الشعبية مع الإشارة إلى مجتمع الخليج » ، بحث مقدم إلى ندوة التخطيط لجمع ودراسة العادات والتقاليد والمعارف الشعبية المنعقدة بمركز التراث الشعبى لدول الخليج من ١٣ : ١٧ يناير ١٩٨٥ ، الدوحة ، ص (٢٢) .

(٢٩) د . نبيل صبحى حنا ، المجتمعات الصحراوية ، مرجع سابق ، ص (١٠٩) .

جيبوتى[٣٠] . وفى بعض الأحيان تقلل الحامل من الطعام خشية القىء ، أو تضخم حجم الجنين ، وفى مناطق أخرى يمتنع الحوامل عن تناول الأطعمة الباردة كالأرز واليخنى والموالح والسمك المقلى والمملح ، لأن العادات والمعارف الشعبية السائدة تؤكد أن الطعام البارد يوقف إدرار اللبن ، أو يؤدى إلى تكوين طفيليات فى المعدة .

كذلك فإننا نلاحظ أن الأنماط الثقافية تحدد عادات الغذاء ، وقواعد التغذية وممارساتها ، وهى تنطوى على علاقة وثيقة بالصحة ، وهنا تنسحب هذه الأهمية على دور المرأة فى المجتمعات الريفية ، نظراً لأنها المسئولة عن إعداد الطعام والحفاظ على ثقافته Food lore ، ولأن دورها يتضمن كل شىء يرتبط بميلاد الأطفال ورعايتهم وإرضاعهم وتنشئتهم على العادات الغذائية فى صغرهم[٣١] ، وإذا كانت تلك العادات سيئة أو خاطئة ؛ فإن المرض يظهر على الفور ، والدليل على ذلك أن الفرد لا يولد مريضاً ، ولكنه لديه الاستعداد الفطرى للإصابة بأمراض محددة[٣٢] ، فالوالدان المصابان بالبول السكرى ، قد يصاب ابنهما بهذا المرض ، وبالتالى قد يظهر مع تقدم السن وقد يظهر كذلك تحت تأثير ظروف أخرى ، وعلى رأسها العادات الغذائية الضارة أو الخاطئة .

وعلى العكس من ذلك فإننا نجد النمط الثقافى بالصومال يحدد العادات الغذائية للحامل بشكل يفيدها ويقويها ، إذ يحض على إعطائها الكبد نصف المطبوخ ، ولا سيما إذا كانت تعانى من الأنيميا . كما يحث أيضاً على تقديم اللبن للحوامل والمرضعات بكميات كبيرة . وهنا يصدق تأكيد الأنثروبولوجيا الطبية على أن التغذية هى حجر الزاوية فى الصحة وهى مفتاحها الأساسى ، غير أن إعداد الطعام وسلوك تناوله يتأثران كلية بالمعايير الثقافية والعادات المتبعة .

---

(٣٠) منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمى لشرق البحر المتوسط ، الممارسات التقليدية التى تؤثر على صحة المرأة والطفل ، المطبوع الفنى رقم (٢) ، تقرير عن الحلقة الدراسية التى عقدت فى الخرطوم من ١٠ ــ ١٥ فبراير ١٩٧٩ ، صفحات (٣) ، (١٥) ، (٢٣) .

(٣١) Margaret Read, op. cit., P. (55).

(٣٢) يانوس كورناى ، « صحة الأم » ، ترجمة حسين محمود عباس ، الثقافة العالمية ، ع (١٣) ، الكويت ، ص (١٥٠) .

والواقع أن تناول العلاقة بين العادات والتقاليد الشعبية وبين الصحة والمرض يستلزم الإشارة إلى عادات زيارة المرضى — سواء فى المستشفيات أو فى البيوت — وأثرها الواضح على صحة المريض وسرعة شفائه فى مجتمعنا المصرى . وربما كانت هذه العادات تتسم عامة بالتفرد فى مجتمعنا المصرى : فنحن نزور مرضانا فى المستشفيات المركزية العامة والمتخصصة بطريقة قد تسيء إلى صحتهم ، بل وتهدم فى بعض الأحيان كل الجهود الطبية المبذولة للعلاج . ويأتى تقديم الطعام للمريض على رأس تلك العادات مصحوباً بإلحاح العوّاد على مريضهم لتناول قطعة لحم أو فاكهة ، ربما كان فيها انهيار برنامج العلاج من أساسه . ومن ناحية أخرى فنحن نعود المريض زرافات شتى ، وقد نتجمع فى يوم واحد (الجمعة مثلاً) فنشغل كل المقاعد المتاحة ، ونزاحمه حتى فى معظم سريره فنكلفه من أمره عسراً . وفى حالات العمليات الجراحية فإننا نعود المريض ، ونظل نتحدث معه على الرغم من إجهاد الحديث له . أضف إلى ذلك أن بعض عواده قد ينقل إليه عن غير عمد — بطريق مباشر أو غير مباشر — خبراً سيئاً ، فيحبط شفاءه ويهبط بمعنوياته . إن زيارة المريض تلعب دوراً كبيراً فى تحسنه ورفع معنوياته ، مما يساعد الأطباء والممرضات على أداء مهامهم فيشفى . ولكن عادات الزيارة بهذه الكيفية فيها للمريض من الضرر أكثر مما فيها من النفع .

وفى النهاية نود التأكيد على أن للعادات الشعبية دوراً آخر ، يتمثل فى ضرورة الحصول على الدواء عند اللجوء إلى الطبيب ، سواء فى المجتمع الغربى أو فى المجتمع المصرى . وقد أوضحت الدراسات التى قام بها شاختر Schachter وسنجر Singer فى علم النفس الاجتماعى أن العادات الفردية المعتادة وأنماط حل المشكلات قد تتهاوى أمام الظروف الصعبة ، ويصبح الإنسان أكثر عرضة للتأثيرات الخارجية ، ولذلك فهما يؤكدان على تأثير المثيرات الخارجية على السلوك والحس تحت الظروف الفسيولوجية المتغيرة . وفى هذا الصدد يذهب جيروم فرانك Jerome Frank إلى أن تأثير الثقة والدواء المصروف فى إرضاء المريض يلعب دوراً بارزاً فى الرعاية الصحية وفى العلاج النفسى فالمريض يلجأ إلى الطبيب ، ويحرص على أن يصف له دواء أو علاجاً من أ

نوع لمجرد إرضائه placebo(*) ، وقد لا يكون الدواء مُلحاً ومع ذلك فقد يكون محمود الأثر فى حالة المريض . وتشهد السنوات الحالية دراسات تؤكد أهمية تأثير الدواء المعطى لمجرد إرضاء المريض ، فى كل مجال من الأنشطة الطبية . وفى مجتمعنا الريفى المصرى يوقن القرويون أن الطب والدواء هما الأداة الأساسية فى يد الطبيب ، وبالتالى يمكن تقديم الوحدة الصحية فى ضوء كمية الدواء المتوافر بصيدليتها ونوعيته ، علاوة على أن سمعة الطبيب ترتبط بحصوله على الدواء من المخازن المركزية ، وبمدى كرمه فى وصفه ، وتوزيعه على المرضى المحتاجين إليه(٣٣) . وتأتى الحقن فى المقدمة ، يليها الدواء السائل ، ولا سيما إذا كان مقبول الطعم حلو المذاق ، أما الحبوب المغلفة فهى أكثر قبولاً من الحبوب المكشوفة .

* * *

خامساً : المعتقدات الشعبية والصحة والمرض :

أوضحنا فيما سبق أن مفهوم المرض وأسلوب مواجهته وتفسيره يختلف باختلاف الثقافات ، بل إنه يتباين فى داخل الثقافة الواحدة من جماعة ريفية إلى أخرى حضرية إلى ثالثة بدوية وهكذا . والملاحظ أن مفهوم المرض يتحدد فى ضوء مجموعة اعتبارات ، منها المعتقدات الشعبية المتعلقة بوجود الإنسان ، والمخلوقات المختلفة وعلاقتها بالكون وبنى البشر ، ورؤية الإنسان للحياة والموت والصحة والمرض ، وتأثير الموجودات الطبيعية وفوق الطبيعية عليه كالجن والأنهار والنباتات والرياح والحيوانات(٣٤) ، وبالتالى يتشكل سلوك أبناء الثقافة الواحدة فى تفسير أسباب المرض ، وكيفية تلمس الشفاء .

(*) يرى شابيرو Shapiro أن كلمة placebo مشتقة من الفعل اللاتينى « يتفضل » to please ، وبالتالى فقد حدد معناها بأنه « مثل التأثير النفسى والفسيولوجى ، أو النفسى الفسيولوجى لأى دواء أو إجراء أعطى بقصد العلاج ، ويعد مستقلاً أو مرتبطاً بالتأثيرات الفارماكولوجية للدواء ، ويعمل من خلال ميكانيزم نفسى » . انظر : David Mechanic, op. cit., P. (427).

(٣٣) Nawal El Messeri, « Rural Health Care in Egypt », I.D.R.C., Ottawa, 1980, P. 13.

(٣٤) فوزى عبد الرحمن ، مرجع سالف الذكر ، ص (٤٦) .

وقد فطن رواد الأنثروبولوجيا إلى العلاقة بين الممارسات الطبية والمعتقدات عند الشعوب الأمية ، وحمل ريفرز W.H.Rivers لواءها منذ عام ١٩٢٧ حينما قدم دراسة بعنوان « الطب والسحر والدين » يركز فيها — كطبيب وكأنثروبولوجي — على دراسة الطب كنسق ثقافي[٣٥] ، ثم تبعه كثيرون حتى نصل إلى ماكلين U.Maclean التي قدمت لنا دراسة نظرية ميدانية على مجتمع أبدان بنيجيريا حول « الطب السحرى »[٣٦] ، تناقش فيها العلاقة الوثيقة بين المعتقدات الشعبية والصحة والمرض ، وتبرز دور الدين والطقوس فى صحة أبناء اليوروبا .

وظلت الدراسات الأنثروبولوجية والاجتماعية الطبية تتوالى بعد ذلك ، لتناقش تلك العلاقة وتتحق منها ميدانياً فى ضوء المتغيرات المهمة : كالطبقة الاجتماعية (Koos) ، والفروق الجيلية (على المكاوى) ، والفروق الريفية — الحضرية (حسن الخولى) . وتنتهى هذه الدراسات إلى أن المعتقدات السائدة فى الوسط الاجتماعى تمارس تأثيرها الواضح على تقييم أعراض المرض ، وعلى تفسير أسبابه ، وبالتالى على اللجوء إلى الخدمة الصحية الرسمية أو الشعبية[٣٧] . وفى الغالب فإن الأنثروبولوجيين يصفون الأنساق الطبية غير الغربية بأنها تشخيصية personalistic ، وتفسيرية interpretative[٣٨] : تشخيصية بمعنى أن تفسيرها لأسباب المرض يتركز أساساً حول بنية المجتمع ، وما فيها من مؤثرات وضغوط فى علاقات الناس كالغيرة والتنافس .. الخ . كما أنها تفسيرية لأنها تبحث عن تفسير سوء الحظ (المرض) بدلاً من الكشف على سببه الفيزيقى . ولعل دراسة إيفانز بريتشارد على « الزاندى » بالسودان ، توضح لنا العلاقة الوثيقة بين المعتقدات والمرض ، وتربط فى آنٍ واحد بين السمتين التشخيصية والتفسيرية ، إذ تكشف عن التوترات الدفينة فى البنية الاجتماعية والثقافية ، وتقدم فلسفة لسوء الحظ[٣٩] ، وبالتالى فهى تيسر تكيف الأفراد مع المجتمع

(٣٥) د . نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ، ص (٢١)

(٣٦) على المكاوى ، الطب السحرى ، مرجع سبق ذكره ، ص ص (٤٧٦ — ٤٧٧)

(٣٧) Boek and Boek, op. cit., P. (142).

(٣٨) Patrick and Scambler, op. cit., P. (11).

(٣٩) على المكاوى ، الشعوذة ، دراسة منشورة بالكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، بإشراف الدكتور محمد الجوهرى ، ع ١ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠ ، ص (٣٦١)

الذى يعيشون فيه وتوفر لهم متنفساً لقلقهم ومتاعبهم ، وتجسّد لهم سبب مرضهم .

أضف إلى ذلك أن الأنثروبولوجيين يشيرون إلى مركب المعتقدات الشعبية المرتبط بالصحة والمرض ، باعتباره لا يتزحزح ولا يتغير إلى حد ما ، حتى فى حالات قصور العلاج أو الفشل فى الاستشفاء . والواضح فى هذه الحالات أن المعتقد غالباً ما يجد المشجب الذى يعلق عليه أسباب الفشل ، وتلك وظيفة على جانب كبير من الأهمية يضطلع بها المعتقد فى حياتنا الثقافية والاجتماعية ، وفى الصحة والمرض(٤٠) ، حيث يفسر المرض بأنه نتيجة تقصير الإنسان فى حق أسلافه ، أو إتيان سلوك غير مرغوب فيه ، أو إساءة إلى ذوى الأرحام ، أو البعد عن الله .. إلخ .

ومن ناحية أخرى فإن المعتقدات تحدد لصاحبها نوع العلاج الطبى الذى يلجأ إليه . فقد تحث هذه المعتقدات السائدة الناس على اللجوء إلى الطب الشعبى والاعتماد عليه ، على الرغم من توافر امكانيات الرعاية الطبية الحديثة . ويتمثل ذلك فى المناطق البدوية بالمجتمع المصرى حيث يؤثر البدو المسنون اللجوء إلى العلاج بالكى والحجامة والخزم لأمراض الروماتيزم والشلل والرمد على التوالى ، ويعتقدون فى جدواها . ومن ناحية أخرى يعتقد البدوى فى جدوى الأعشاب الطبية لمعظم الأمراض وبالتالى يحتفظ بها فى بيته للاستخدام عند الحاجة ، ودون اللجوء إلى الطب الرسمى . كذلك نلاحظ لجوء المرضى بكسور العظام فى الريف والبادية بمحافظة الجيزة إلى « المجبراتى » ، بالرغم من توافر الامكانيات الطبية بالمستشفى المركزى والعام . وهنا تحكم العلاج والممارسات الشعبية سلسلة من المعتقدات والعادات ذات الجذور الراسخة فى الثقافة ، ووثيقة الصلة بالصحة والمرض ، وتمارس سطوتها على القيام بالممارسات الشعبية لاستعادة الصحة واتقاء شر المرض .

كذلك تعتمد أشكال التغذية وقواعدها والرضاعة والفطام فى مصر على مجموعة من العادات والمعتقدات . فالغالب على التغذية أنها تبعد عن تكامل

(٤٠) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعى مع دراسة ميدانية على قرية سيف الدين بمحافظة دمياط ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٢ ، ص ص ١٨٩ — ١٩٢ .

العناصر الغذائية فى الطعام ، فيحدث سوء التغذية . كما يغلب تغذية الطفل الرضيع بالعناصر النشوية كالبطاطا والبطاطس والأرز ، دون تغذيته بالبروتينات فيحدث فقر الدم . ويسود الاعتقاد حالياً بين المرضعات بأن الرضاعة تشوه جمال الجسم ورشاقته فى بعض الأحيان وبالتالى يكثر الاعتماد على الرضاعة الصناعية فتنتشر الأمراض بين الأطفال الرضع كالنزلات المعوية على سبيل المثال . وكذلك يسود الاعتقاد فى الريف المصرى أن الرضيع لا يستطيع تناول غذاء مساعد مع الرضاعة قبل الشهر الرابع ، على حين يستطيع الرضيع تناول الغذاء السائل الخارجى منذ الشهر الثانى مباشرة . وإذا كانت المجتمعات النامية تعانى من سوء ونقص التغذية ، فيستشرى فيها المرض ، فإن المجتمعات المتقدمة لا تعانى من هذه المشكلة ، ويستشرى فيها هى الأخرى أمراض السكر والقلب والسرطان ، نتيجة جودة الغذاء واحتوائه على العناصر الكافية ، ربما بقدر أكبر مما يحتاجه الجسم .

أضف إلى ذلك بعض المعتقدات المعوقة للخدمة الصحية الموجهة للطفولة والأمومة فى الريف المصرى . فالحامل فى قرى العياط بالجيزة مثلاً ترفض إعطاء عينة دم فى الوحدة الصحية ، للاعتقاد بأن خروج نقطة دم من وريدها تعنى المرض والضعف ، بالرغم من أن هذه العينة ترسل لمعامل وزارة الصحة لتحليلها ، ولتطعيم الحامل ضد الأمراض كالتيتانوس مثلاً إذا دعت نتيجة التحليل ذلك . ونفس الظاهرة تحدث فى بادية الصف وبالتالى تحول هذه المعتقدات دون الإفادة من خدمات وقاية الحامل وعلاجها ، والحفاظ على صحة الوليد . علاوة على الحرمان من خدمات تنظيم الأسرة ، نتيجة الاعتقاد بأن الحبوب تؤدى إلى العقم أو السرطان .

وهناك معتقدات أخرى ذات أثر إيجابى على الصحة ، وتبرز أهمية هذه العلاقة بين العاملين بالصحة ومرضاهم ، وطبيعة التناقض بين الممارسين الشعبيين وبين مرضاهم . ويتصدّر ميسنجر Messenger لدراسة هذه الموضوع فى شرق نيجيريا ليخلص إلى أن شعب الأنانج Anang كانت تنقصه الخدمة الصحية الرسمية ولما توافرت فيه المستشفيات صارت تكتظ بالمرضى ، وتضاعفت أعباء الفريق الطبى . وكانت المعتقدات الشعبية من أهم أسباب هذا

الازدهار ، فقد نظر الكثيرون من الناس إلى الأطباء والعاملين بالمستشفيات على أنهم يأتون السحر وأن أدويتهم وعقاقيرهم ومهاراتهم مستمدة من قوة الله ، وتؤازرهم أيضاً الأرواح الساحرة ، كما أنهم يستمدون العون كذلك من المرضى أنفسهم ، أو الذين تعرضوا لأذى السحر . ولذلك فإنهم هناك يستغيثون بالسحرة والأطباء فى نفس الوقت(٤١) ، وقد ساعدهم على ذلك أن الأدوية الحديثة والعلاج بالمستشفى أقل تكلفة من المعالجات الشعبية .

وبين المعتقدات المشجعة للخدمة الصحية والمعوقة لها ، يأتى موقف ثالث بينهما ، حيث ترجىء تلك المعتقدات اللجوء إلى الخدمة الصحية فى حالات العقم والإجهاض المستمر على سبيل المثال . فالمعتقد يفسر الإجهاض بأن للزوج قرينة من الجن تحب ألا تكون لزوجته أولاد ، ولذلك تقتلهم حسدا . ولعلاج هذا تقوم امرأة عجوز بعملية تسمى « قطع التبيعة » ، تمنع بها القرينة من قتل الأولاد(٤٢) . ومن هنا يقدم المعتقد الشعبى تفسيراً للمرض وعلاجاً له فى نفس الوقت ، مما يؤخر اللجوء إلى الطب الرسمى ، وبالتالى تأخير علاج الحالات التى يمكن أن تشفى ، فتظل المشكلات الاجتماعية المرتبطة بالعقم قائمة . ومن ناحية أخرى يسود الاعتقاد بأن المرأة دائما هى سبب العقم ونادراً ما ينسبه الرجل لنفسه ، وإذا سمح بعرض زوجته على طبيب ؛ فإنه لا يسمح بمجرد إجراء فحوص طبية عليه هو . ومن ثم يلعب هذا المعتقد دوره فى تضييع فرصة علاج الزوج إذا كان هو المصاب بالعقم .

غير أن الخدمات الصحية فى هذا المجال ليست فى متناول كل الناس من الناحية الاقتصادية . وربما كانت فى متناول البعض ولكنها تفشل فى علاج العقم ، ومن ثم تكون المعتقدات والممارسات الشعبية بمثابة نهاية المطاف ، وأمل الطامحين . ويتجلى هذا الملجأ فى حالات تأخر الحمل ، والعقم ، والمشاهرة حيث يلجأ المرضى بها إلى الاستشفاء بالأولياء وبالممارسات السحرية — فإذا نظرنا إلى الأولى (الأولياء) وجدنا تخصصا بين بعضهم فى علاج العقم أو تأخر الحمل . فالعواقر يلجأن إلى « المغاورى » ليتمرغن حول الضريح ، وقد عرض شابرول لتخصص الشيخ هريدى بالصعيد فى علاج

(٤١) Margaret Read, op. cit., P. 115.

(٤٢) د . نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ، ص (٨٩) .

العقم ، حيث تبيت العاقر ليلة فى الضريح ، ثم تعود إلى بيتها لتحمل على الفور[٤٣] ، كما يشتهر سيدى عقبة بفك العقدة ، وهى الإنجاب أو الزواج أو العقد النفسية ، وبالتالى يكاد يكون متخصصاً فى علاج العقم أيضاً . وفى شربين يشتهر الشربينى أبو أحمد كمتخصص فى علاج عقم الرجال والنساء معاً وقت صلاة الجمعة . وتشير دراسة عبد الله لؤلؤ إلى أن الممارسات الشعبية لعلاج العقم فى قرية « ميت بره » ؛ هى التى تتصدر القائمة وتتمتع بالعمومية والانتشار ، ودون اعتبار لأى متغير سواء الدخل أو المهنة أو التعليم[٤٤] ، إذ تؤكد المتعلمات لجوءهن إلى زيارة الأولياء لعلاج هذه المشكلة .

أما بالنسبة للممارسات السحرية فإن السحرة يعالجون أمراض المشاهرة والعقم وحالات تكرار الإجهاض (السقط) ، حيث يسخرون الكائنات فوق الطبيعية فى هذه العملية[٤٥] . وفى حالات أخرى يقوم السحرة بعلاج العقم عن طريق الرقى والأحجبة والوصفات السحرية ، كما يفسرون هذا المرض بأنه عقوبة أنزلتها بالعقيم كائنات مشخصة ، سواء كانت أرواحاً متسلطة — كالتبيعة مثلاً — أو أناساً يكرهونه . ويلجأ الناس أيضاً إلى الممارسات السحرية عند التهيؤ للحمل والولادة وإنجاب الذكور . وتتم بين كل الجماعات الطبقية بصرف النظر عن الاعتبارات التعليمية أو الدينية أو المهنية[٤٦] ، نظراً لأن الإنسان يكون حيالها أمام موقف معقد يستلزم سرعة اتخاذ القرار .

هكذا يتنوع الدور الذى تمارسه المعتقدات الشعبية فى المشكلات الصحية وبخاصة فى مصر : فبينما رأيناها تعوق الخدمات الصحية فى مجتمعات ومواقف ؛ رأينا أنها تنشطها وتشجعها فى مجتمعات ومواقف أخرى ، ثم وقفنا فى النهاية عـــلى دورها الوسط فى إرجاء اللجوء إلى الخدمات الصحية ، وتعطيل الحالات المرضية عن طلب الفحص الطبى ، مما يضيع فرصة العلاج .

* * *

---

(٤٣) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سالف الذكر ، ص (٢١٠) .

(٤٤) عبد الله لؤلؤ ، أنماط التراث الشعبى المتصلة بالمشكلة السكانية فى مصر ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٥ ، ص ٤٦٨ .

(٤٥) فوزى عبد الرحمن ، مرجع سبقت الإشارة إليه ، ص (٢٠٢) .

(٤٦) عبد الله لؤلؤ ، مصدر سابق الذكر ، ص ص (٣٦٨ — ٣٧٧) ، ص (٤٦٩)

سادساً : الأمثال الشعبية والصحة والمرض :

المثل الشعبي قول موجز يلخص خبرة أو موقفاً ، ويستلزم تكرار الموقف الذى يلخصه حتى يتسنى ترديده . ونظراً لتنوع المواقف الاجتماعية إلى حد التضارب ؛ فإن مضامين الأمثال تتنوع هي الأخرى إلى حد التضارب أيضاً . فالأمثال المتعلقة بموضوع يحظى بالتكريم ــ كالأولياء مثلاً ــ لا تخلو من هذا التضارب ، فهى تحوى التناقض فى موضوع واحد[٤٧] . وإذا كانت الأمثال الشعبية لا تتمتع بصفة الجبر والإلزام المباشر على الأفراد ــ التى تتمتع بها العادة والمعتقد والعرف ــ إلا أن لها وقعاً نفسياً ومعنوياً غير مباشر ، يدفع الأفراد إلى الانصياع لما تقضى به قوة العادة والعرف والمعتقد عن قناعة ورضا[٤٨] . ومرد ذلك أنها تنمى الدوافع الذاتية لشخصية الفرد ، وتعده معنوياً لتقبل واحترام كل ما تعارف عليه أبناء المجتمع . ولهذا يرتبط المثل الشعبى بقضايا الإنجاب والخصوبة ونوع المولود ، وقيمته فى الحياة ، وتربيته وعلاقته بوالديه ، والحفاظ على صحته بالوقاية والعلاج .. إلخ . ومن هنا تتضح الصلة الوثيقة بين الأمثال الشعبية وقضايا الصحة والمرض ، وبين الخدمة الصحية .

فإذا تأملنا نظرة التراث الشعبى الأمريكى إلى الطبيب ؛ وجدناه يعتبره رجل الحكمة والقول السديد ، ولذلك تسود تسميته « بالحكيم »[٤٩] ، فهو متخصص فى مجال محدد ، ويتفوق على أقرانه المتخصصين فى المجالات الأخرى بما اكتسبه من الخبرة ، وبما حصله من المعرفة بالجسم الإنسانى من حيث صحته وسقمه . وفى التراث الشعبى المصرى تسود نفس هذه التسمية والنظرة إلى الطبيب باعتباره حكيماً ، ولا تزال التسمية قائمة حتى الآن فى بعض المناطق الريفية ، وما أكثر ما تتردد هناك عبارات : « كشف الحكيم » ، « وصف الحكيم » « راح للحكيم » .. إلخ ، ولا يكاد يخلو صراع عائلى ــ ينتهى بأطرافه إلى مراكز الشرطة أو المحاكم ــ من « كشف حكيم » ، وهو تقرير طبى يثبت ما نجم عن المشاجرة من إصابات جسدية كالجروح

(٤٧) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص (٩) .
(٤٨) عبد الله لؤلؤ ، مصدر سابق الذكر ، ص (٢٦٨) .
(٤٩) Talcott Parsons, op. cit., P. (435).

والكدمات ، يثبت به أحد الطرفين وقوع العدوان عليه ، حتى ينتصف من الطرف الآخر رسمياً .

أما الأمثال الشعبية المتعلقة بالمرض والصحة فهى تعكس المعتقدات التى يعتقدها المصريون ، ولا سيما فى القطاع الريفى . ويسود الاعتقاد بأن الحسد كثيراً ما يؤدى إلى المرض ، وأحياناً يفضى إلى الموت . ويقرر المثل الشعبى هذا المعتقد فى قوله « نصف القبور من العيون » ، أى أن الحسد وراء نصف الوفيات . ولهذا يحمل القرويون — وخصوصاً الأطفال — الأحجبة والتحاويط للوقاية من العين الشريرة(٥٠) . أما القروى المحسود الذى يستشير طبيباً متخصصاً ولا يبرأ ، فإنه يتركه إلى طبيب آخر . فإذا نجح الثانى فى علاجه ، اتهم المريض طبيبه الأول بسوء التشخيص والعلاج ، أما إذا مات ؛ فسرعان ما يُعزى الموت إلى الحسد ، دون أن يُوصم الطبيب الأول أو الثانى بالعجز أو قصور التشخيص .

والواقع أن المثل الشعبى أو الحكمة الشعبية تحض على الاعتماد على الوقاية لتلافى المرض ، ولذلك يُقال : « الوقاية من العلاج » ، وهذا يحض على التماس الحذر من الأسباب أو الظروف المؤدية إلى المرض حتى لا يقع . كذلك نلاحظ فى هذا الجانب مثلاً حكيما آخر يقول « الواقية خير من الراقية » ، ومعناه أن تجنب الأذى خير من التعرض لوقوعه واتخاذ الإجراءات العلاجية له « بالرُّقى » . ويسود هذا المثل فى حالات تجنب الحسد بالتحديد ، والأفعال السحرية الضارة بالصحة وبالإنجاب وبالوفاق الزوجى . وهى أمثال تشجع الناس عموماً على الوقاية من ناحية ، والتماس العلاج من ناحية أخرى ، حتى لا يستفحل المرض أو يستحيل علاجه . وفى هذا المعنى ما يشجع على اللجوء إلى الخدمة الصحية والاعتماد عليها .

كذلك يغالى المثل الشعبى — الشائع الآن — من قيمة التجربة الشخصية والخبرة ، ويعتد بها أكثر من اعتداده بالطبيب ذاته وتشخيصه للمرض ووصفه للعلاج . فيقول المثل : « إسأل مجرب ولا تسأل طبيب » ، وبالتالى فهو تعويل على الخبرة أكثر من المعرفة الطبية التى حصل عليها الطبيب ، وإن كانت صحة

(٥٠) Nawal El Messeri, op. cit., P. (36).

المثل « ولا تنسَ الطبيب » ، غير أن الرواية الشائعة الآن : « ولا تسأل طبيب » مما يؤثر — سلبياً — على سرعة لجوء الأسرة أو المريض نفسه إلى الطبيب ، أو حتى الوحدة الصحية ، على أساس أن الخبرة والتجربة التى يشير عليه بها الأهل والجيران يمكن أن تغنيه عن الطبيب .

ومن ناحية أخرى تلعب الأمثال الشعبية دوراً خطيراً فى عيادة المرضى ، وفى حثهم على اللجوء إلى الخدمات الصحية الرسمية . وعلى سبيل المثال ، فإن كان المرض خطيراً أو يستدعى إجراء عملية جراحية خطيرة ؛ فإن عُوّاد المريض يكثرون من تشجيعه وحثه على الإقدام على تلك الجراحة ، ويعملون على تعبئته نفسياً ومعنوياً من خلال المعتقدات تارة ، والأمثال الشعبية تارة أخرى[٥١] ، فيقولون له : « تعب ساعة ولا كل ساعة » لتشجيعه على تحمل الألم الذى ينتج عن الجراحة ، ليسترد صحته بعدها ويتحسن ، أو يقولون « من شاف بلاوى الناس هانت عليه بلوته » .. إلخ .

* * *

سابعاً : الدين والطقوس والصحة والمرض :

تدل الشواهد الإثنوجرافية على العلاقة الوثيقة التى تربط بين الدين وبين الصحة والمرض ، منذ العصر الإغريقى القديم وحتى الوقت الراهن . فقد تجسدت نظرة الإغريق إلى الصحة فى عباداتهم الدينية ، ولا تزال حتى اليوم تتجسد فى زياراتهم للأضرحة المشهورة وتقديرهم — بل وتقديسهم — لها ، مثل أضرحة ديلفى Delphi وديلوس Delos وأولمبيا Olympia ، التى تؤكد على وجود فكرة « الإنسان الكامل » روحياً واجتماعياً وفيزيقياً[٥٢] . لقد شيّد الإغريق معابدهم لتجسيد رمزية علاقة الإنسان بالآلهة ، وهى مسرح لتوضيح مكان الإنسان فى العالم ، وعلاقته بأتباعه من الرجال والنساء كذلك أوجد الإغريق الملاعب الرياضية Sports Stadium ، حيث تقام المباريات ، ويقدم اللاعبون انتصاراتهم الرياضية كجزء من عبادتهم لآلهتهم . ومن هنا وجدنا

---

(٥١) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص ص (١٨٩ — ١٩١) .

(٥٢) Caroline Cox, op. cit., P. (19).

الأهمية الفائقة للألعاب الأولمبية ، التى كانت تقام فى أولمبيا كل أربع سنوات ، وعلى مدى ألف عام .

ولعل القَسَمَ الطبى الشهير يؤكد على عمق العلاقة بين الدين والخدمة الصحية منذ صاغه أبو قراط (٤٦٠ ــ ٣٧٥ ق .م) وحتى عام ١٩٤٧ ميلادية حينما تأسس « الاتحاد الطبى الدولى » ، وكان أول قرار له أن يعيد صياغة القسم فى اجتماع عام ١٩٦٨(٥٣) . وقد تخللت تلك الفترة إصدار الأوامر الدينية فى المسيحية للعناية بالمرضى ورعايتهم ، وإنقاذهم من فتك الأمراض ــ وفى العصور الإسلامية كانت البيمارستانات الكبرى على جانب كبير من التنظيم والعناية بالمرضى . وقد تشابهت الصورة فى أغلب البيمارستانات التى أنشئت فى مصر والشام والعراق والمغرب العربى وغيرها(٥٤) . والواضح أن الدين الإسلامى كان الموجه الأول لأدائها للخدمات الصحية ، علاوة على الأوقاف التى كانت توقف للإنفاق على رعاية المرضى وعلاجهم . وفى عصر النهضة أصدرت الكنيسة الأوربية تعليماتها الدينية للاهتمام بالمرضى ، ورعايتهم بالأديرة والمستشفيات ، فاصطبغت الخدمات الصحية بالصبغة الدينية فى أوربا .

ولا يزال الاعتقاد فى الأولياء ، واللجوء إلى الأضرحة مصدراً دينياً مهماً ــ فى معظم بلاد العالم ــ لتفسير أسباب المرض ، وتقديم الحلول العلاجية . فالمريض يرد مرضه أحياناً إلى التقصير فى حق الولى ، أو إلى اعتراضه على ولايته ، كما يقدم الاعتقاد تفسيراً للكوارث التى تحل بالإنسان(٥٥) . ففى يوغوسلافيا وقع زلزال بمدينة Skopjo عام ١٩٦٣ ، فردّه الأهالى إلى عدم الاحتفال بمولد القديس آرهنجل آنئذ . وفى مجتمعنا المصرى يضطلع الاعتقاد فى الأولياء بوظائف الاستشفاء من أمراض عديدة .

---

(٥٣) د . عبد الله أحمد الجيد ، آداب المهنة الطبية ، مجلة الصحة ، ع ١ ، جامعة صنعاء ، فبراير ١٩٨٤ ، ص ١٥ .

(٥٤) د . محمد كامل حسين وآخرون ، الموجز فى تاريخ الطب والصيدلة عند العرب ، المظمة العربية للتربية والثقافة ، القاهرة ، د . ت ، ص ٢٣١ .

(٥٥) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص ص (٢٠٧ ــ ٢٠٨) .

والواقع أن الدين يمارس دوراً جوهرياً فى الاهتمام بالصحة ، واللجوء إلى الخدمات الصحية ، بما يتضمنه من أوامر ونواهٍ تحض على النظافة والطهارة الروحية والجسمية ، والإسراع بالتداوى ، لأن الله لم يخلق داءً إلا وجعل له دواءً . وإذا كان الدين الرسمى يحث الناس على مراعاة صحتهم والتماس الوقاية والمبادرة إلى العلاج ؛ فإن الفهم الشعبى للدين ، أو سوء فهم الدين أو التواكل ، هو الذى يؤدى إلى إرجاء اللجوء إلى الخدمة الصحية أو عدم اللجوء إليها كليةً ، ونحن لا نعدم الشواهد الواقعية من مجتمعات العالم المختلفة للتدليل على ذلك .

ففى ريف كولومبيا تشير فيرجينيا دى بندا إلى ارتفاع معدل الوفيات بين الأطفال ، بسبب التواكل واللا مبالاة من جانب الآباء . ذلك أن الطفل عندما يموت هناك فإن أبويه يقولان « إن مصيره هكذا ، حتم عدم نموه » ويُقال فى مقاطعة Santander على الطفل ذى الجمال غير العادى : « لم يولد هذا الطفل من أجل هذا العالم » ، وإذن فإن على الأبوين أن يوطنا أنفسهما على احتمال وفاة الطفل بنسبة ٥٠٪(٥٦) . وعندما يشفى الطفل من مرضه يقول أبواه : « لقد شفى بلا رعاية طبية .. إن الله لم يرد له الموت » . وفى مجتمعات أخرى كالنافاهو مثلاً يرتبط الدين بالطب ويمثلان مظهرين لشىء واحد ، وهذا أدى إلى فشل الخدمة الصحية فى الوصول إلى مستحقيها .

والواقع أن الطقوس المرتبطة بالميلاد والمرض والوفاة تضطلع بدور وقائى وعلاجى ، حيث تتخلص الأسرة من مخلفات الولادة ، وتعزل المريض خشية انتشار المرض والعدوى ، وتسارع بدفن المتوفى . وكذلك تساهم طقوس الاحتفال بالأعياد فى المجتمع المصرى مثلاً فى الحفاظ على النظافة المنزلية والشخصية وبالتالى الوقاية من المرض فى بعض الأحيان . والملاحظ أن القيام بالطقس وأداءه يرتبط بالمعتقدات الدينية المرتبطة بالعلاقة بين الإنسان وخالقه فى مجتمعنا . إذ يسود الريف المصرى ظاهرة الدعاء للمريض فى المسجد بعد الصلاة ليشفى ، وخاصة يوم الجمعة . وقد تنذر الأسرة نذراً لله عندما يتحقق الشفاء ، وقد يتمثل فى إقامة « ليلة لأهل الله » تُنحر فيها ذبيحة وتنصب الموائد لإطعام الفقراء والمحتاجين . وفى أحيان أخرى ، إذا كان المريض عضواً فى جماعة صوفية ، أقامت له الطريقة الصوفية « حضرة » تضرعاً لله لينعم عليه

(٥٦) George Foster, Traditional Societies, op. cit., P. 85.

بالشفاء . وهكذا تشترك الجماعة القرابية معاً فى أداء هذه الطقوس والممارسات الدينية العلاجية إلتماساً لشفاء المريض .

إن الدين يلعب دوراً بارزاً فى الصحة والوقاية من المرض فى مجتمعنا المصرى والإسلامى عامة . فهو يحض على نظافة البدن بالوضوء والطهارة والسواك ، وكذا نظافة الروح بالعبادة والإيمان ، ونظافة العقل بالتفكير والتدبر ، وبالتالى يقينا من الأمراض الفيزيقية والعصبية والنفسية . ويعالج الدين الاسلامى المعدة بيت الداء ويوصى بالاعتدال فى المأكل والمشرب ، ويحدد قواعد النظافة قبل الأكل وبعده ، وآداب الطعام . كما يحمل الإنسان مسئولية الحفاظ على صحته واستثمارها فى الخير قبل أن يسأل عن شبابه فيما أبلاه . كما وضع نظاماً للمحرمات الغذائية للوقاية من المرض . وفوق هذا وذاك يأمر الدين الإسلامى أن يعامل المسلم أخاه بالحسنى ، وجعل التبسم فى وجه أخيه صدقة . وبالتالى فعلى الطبيب والممرضة والعاملين بالصحة مراعاة مشاعر المريض ، وإجابة طلبه وحسن معاملته ، وعدم الضن عليه بالعلاج ، أو النجدة والإسعاف . وكذلك عدم المغالاة فى الأجر ... إلخ .

* * *

ثامناً : القيم الثقافية والصحة والمرض :

القيم هى مجموعة من التصورات التى تحدد ما هو مرغوب فيه ، وما هو مرغوب عنه[٥٧] ، وهى حقائق أساسية كبيرة الأهمية فى البناء الاجتماعى . وتذهب وجهة النظر السوسيولوجية إلى أن القيم مبدأ مجرد وعام للسلوك يشعر أعضاء الجماعة نحوه بالارتباط الانفعالى القوى ، كما يوفر لهم مستوى للحكم على الأفعال والأهداف الخاصة[٥٨] . وتوجه القيم اختيار الأشياء والسلوك ، وينطوى تناولها بالتالى على مراعاة الاتجاهات والسلوك والتفاعل والبناء الاجتماعى .

---

(٥٧) د . كمال التابعى ، الاتجاهات المعاصرة فى دراسة القيم والتنمية ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٥ ، ص ٤٢ .

(٥٨) د . عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، الهيئة المصرية للكتاب ، القاهرة ، ١٩٧٩ ، ص ٥٠٤ .

وتؤكد دراسات الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية على أن القيم والعادات والمعتقدات السائدة فى المجتمع تؤثر على المستوى الصحى لأعضائه ويتجلى تأثير القيم على سبيل المثال فى أنها تفرض قيوداً على تناول أطعمة معينة موجودة بالفعل ، مما يسبب نقص التغذية ، وما وراءه من أمراض سوء التغذية(٥٩) . ومن ذلك أن القيم الدينية فى الهند تحرم ذبح الأبقار وبالتالى يحرم أكلها على الرغم من انتشارها بكثرة فى الشوارع والحارات ، مما يؤدى إلى سوء التغذية ونقص البروتين والأنيميا .. إلخ .

والملاحظ أن القيم الثقافية قد تقف أحياناً ضد فكرة توفير العلاج الطبى أو اللجوء إلى الخدمة الصحية ، وفى أحيان أخرى تساعد هذه القيم على المبادرة بالعلاج أو سرعة اللجوء إلى المستشفى(٦٠) . ومن هنا باتت الأنثروبولوجيا الطبية تهتم بدراسة القيم وعلاقتها بالممارسات الصحية من حيث تأثيرها على اختيار الطعام ونوعه ، وتأثير القيم على متطلبات العلاج فى البيئات التقليدية(٦١) ، إذ أحياناً ما تحدث تناقضات بين كرم الضيافة وبين العلاج . وفى هذا الصدد يحاول البعض إدراج علاقة القيم بالصحة فى السياقات التاريخية المختلفة ، واستجلاء التغيرات التى طرأت على التصورات السائدة حول طبيعة المرض واعتلال الصحة ، وارتباطها فى نفس الوقت بالتحولات الراديكالية فى القيم الموجهة للهيئات الصحية(٦٢) . فالقيم التى كانت توجه الأطباء فى العصور الإسلامية الأولى ، حتمت عليهم تفقد أحوال المرضى ، ومتابعة تنفيذ التعليمات الطبية ، ودعوة المتخصصين من الأقسام الأخرى إذا دعت الضرورة ، والالتزام بنظام الاجتماعات العلمية والتعليم الطبى .. إلخ(٦٣) . وفى القرن الثامن عشر سيطر على الأطباء الأوربيين التنافس على خدمة المرضى الأرستقراطيين ، وبالتالى لم تتوافر إذ ذاك فى أوربا صفوة طبية تطور المعرفة وتنميها ، بينما شهد

---

(٥٩) Folta and Deck, (ed.), A Sociological Frame work forPatient Care, John Wiley and Sons Inc., N.Y., 1966, P. 58.

(٦٠) Boek and Boek, op. cit., P. 142.

(٦١) د . نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ، ص ٣٧ .

(٦٢) Patrick and Scambler, op. cit., P. (12).

(٦٣) د . محمد كامل حسين وآخرون ، مرجع سابق ، ص ص (٢٢٩ — ٢٣٠) .

القرن العشرون الطب المعملى Laboratory Medicine ، فأصبحت العلوم الطبية أكثر تطوراً واعتماداً على العلوم والتكنولوجيا . والملاحظ أن كل خطوة تتابعية ناجحة فى الأفكار الطبية كانت صدى لقيم المجتمع وعمق تأثيره .

ومن ناحية أخرى فإن الوعى بالقيم الصحية المتعلقة بحجم الأسرة ، والموطن السكنى والتغذية والرضاعة والفطام وغيرها ، يعمل على رفع المستوى الصحى للأفراد ، وعلى حثهم على اللجوء إلى الخدمات الصحية عند توعك الصحة أو وقوع المرض[٦٤] . والواقع أن اكتساب الأمهات للقيم الصحية ومهارات الأمومة تؤثر على تطور شخصية أبنائهن ، وقد تفسر لنا — إلى حد ما — أسباب انخفاض معدل وفيات الأطفال لأمهات الطبقة العليا وأولئك اللائى حصلن على قسط من التعليم العالى .

وتلعب القيم دوراً بارزاً فى تحديد الأسلوب الذى نشكو به من المرض والطريقة التى نستجيب بها للعلاج ، ونوع الطبيب أو المستشفى الذى نلجأ إليه . وهذا واضح فى ريفنا المصرى إلى حد ما حتى الآن ، حيث تكون المرأة مريضة ، وترفض أن « تنكشف » على طبيب أمراض النساء ، أو حتى الممارس العام ، وتصر على اللجوء إلى طبيبة ، فإذا تعذر ذلك ولم يعد أمامها بدّ من الطبيب و « الانكشاف » عليه ؛ فإنها تضطرب وتخجل ولا تستطيع ذكر أعراض المرض له بالتفصيل ، وإنما تكرس كل جهدها فى ستر جسمها . أما فى بادية مرسى مطروح ؛ فإن القيم السائدة هناك تفرض على المرأة تغطية وجهها ، ولذلك فهى عندما تلجأ إلى الطبيب فإنها تحرص على تغطية الوجه عند الكشف عليها .

ومن هنا تقع على عاتق علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية مسئولية إبراز القيم التى تعلى من شأن استجابة الناس للبرامج الصحية وقبول الممارسات الغذائية والأساليب الحديثة فى رعاية الطفل والصحة البيئية .. إلخ . وإذا كان فشل برنامج صحى معين يحيّر مخططى الصحة فإنهم يقولون : « سوف نرقب قيم الناس حول كذا وكذا ، لنتبين المحفزات التى ينبغى علينا استغلالها »[٦٥] .

---

(٦٤) David Mechanic, op. cit., P. (57).

(٦٥) Margaret Read, op. cit., P. (77).

وغالباً ما يجد الأنثروبولوجى ما يقوله إذا سئل فجأة عن رأيه فى محفزات إغراء الناس بغلى الماء قبل شربه ، أو استخدام المرحاض ، أو إطعام الأطفال بيضاً .

وفى هذا الصدد قدم الأنثروبولوجيون مفتاح فهم العلاقة بين القيم والخدمات والبرامج الصحية من خلال مدخلين ثقافيين : المدخل القيمى Value approach ونقل القيم فى أثناء التنشئة الثقافية[٦٦] .

١ ـــ المدخل القيمى : ويركز على المناسبات والطقوس التى تتأكد فيها القيم ، وتتجسد فى السلوك الخاص على تحسين الصحة وتدعيم التوازن بين الإنسان والعالم فوق الطبيعى ، كما يركز نفس المدخل على القيم المتصلة بالطعام وفوائده ـــ فالخبز فى مصر ـــ على سبيل المثال ـــ يرتبط بعبادة الآلهة ، وكان الناس يحملونه إلى المعابد ويقدمونه إلى الكهنة والآلهة الفرعونية . وبالتالى صار الخبز درساً يتعلمه الطفل المصرى فى الريف ، تحيطه هالة من القداسة للاعتقاد بأنه هو جوهر الحياة ، كما يسمى « عيش » أى « حياة » ، لذلك فإن الطفل يلتقطه من الشارع ويقبّله ، ويضعه بجوار حائط أو فى أحد شقوقه .

٢ ـــ نقل القيم الثقافية : أى تعلم النشء واكتسابه لقيم المجتمع . وهنا يتعلم الطفل والشاب كيف يسلك مع الناس ، ويتعامل مع الأدوات والأشياء المادية ويحافظ على صحته ، وكيف يكون مؤدباً وتقياً صالحاً . وتؤكد الأسرة لأبنائها على القيم السلوكية الصحية : كالأكل السليم ، وآداب المائدة ، والتركيز على الأطعمة عالية القيمة الغذائية كاللحوم والداوجن ، والتمهل فى المضغ وغسل الفم واستعمال السواك بعد كل وجبة ، أو غسيل الأسنان بالفرشاة والمعجون . ومن ناحية أخرى تمثل مواقف رعاية المريض ، وتفسير أسباب المرض ، وقرارات العلاج معملاً تعليميا للأطفال والشباب حول القيم المتعلقة بالصحة والمرض علاوة على حث القيم على احترام كبار السن ، وضبط النفس فى حالات الجوع ، والغضب والخطر الفيزيقى ، وكلها قيم تتعلق بالحفاظ على الصحة الجيدة .

* * *

---

(٦٦) Ibid, PP. (79 - 82).

تاسعاً : المفهوم الشعبى للصحة والمرض :

نال المفهوم الشعبى للصحة والمرض بعض الاهتمام فى السنوات الأخيرة فى الريف والحضر . ففى القطاع الريفى المصرى يرد القرويون المرض إلى ثلاثة أسباب رئيسية ، وهى : الحسد (العين الشريرة) ، والعمل (السحر الضار) والهواء (تعرض الجسم لتيارات الهواء)(٦٧) . ويضيف آخرون سبباً رابعاً يعتبره أبناء الريف حاسماً فى إحداث المرض ، ألا وهو سوء التغذية — الناجم عن الفقر — والفكر (إنشغال البال) ، والابتلاء الإلهى(٦٨) . وهكذا تتداخل معاً موضوعات الطب الشعبى مع المعتقدات السحرية فى موقف متأزم يستدعى سرعة التصرف والتفسير .

وفى هذا الصدد قدم الأنثروبولوجيون بعض المحاولات المبكرة عن تصور الجماعات البدائية لأسباب المرض ، كنتيجة طبيعية لنظرتهم إلى العالم ، فإذا كانت نظرتهم سحرية ؛ اعتبروا المرض ناجماً من أعمال سحرية ، يأتيها الناس ، وتسببها قوى غيبية . ويتمثل العلاج فى اللجوء إلى العرافة والسحر لمواجهة المرض . أما النظرة الدينية فهى ترد أسباب المرض إلى القوى الروحية ، ويكون العلاج باسترضائها ، بينما ينظر إلى العوامل الطبيعية كأسبابٍ للمرض فى ضوء النظرة الطبيعية ، ومن ثم فلا تعامل للناس معها إلا بالعلاج الطبيعى للأمراض والجروح(٦٩) . وهناك دراسة كلمنتس Clements التى تحدد أسباب المرض عند الشعوب البدائية فى خمسة أسباب ، وهى السحر ، وانتهاك المحرمات ، ودخول شىء مرضى أو يحمل المرض عنوة ، وتدخل الأرواح ، وفقدان الروح .

أما فى كينيا فإن شعب سيبى Sebi يحصر فئات المرض ويربط كل فئة منها بسبب معين . فأمراض العيون والأذن تنجم عن أرواح الأسلاف ، والضعف العام يرجع إلى الأعمال السحرية الضارة ، والحمى والآلام المعدة تسببها العين

(٦٧) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص (٣٢٣) .
وانظر أيضاً : Nawal El Messeri, op. cit., P. (36).

(٦٨) د . حسن الخولى ، الريف والمدينة فى مجتمعات العالم الثالث ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٢ ، ص (٤٧٢) .

(٦٩) د . نبيل صبحى حنا ، الأنثروبولوجيا الطبية ، مرجع سابق ، ص (٤٧) .

الشريرة وارتكاب الخطأ ، على حين تؤدى الآلام المعيشية اليومية إلى البرد والملاريا والأورام ، بينما يتسبب قوس قزح فى حدوث الإجهاض وأمراض الأطفال[٧٠] . وفى الديجو يميل شعبها إلى عزو أمراضهم إلى سبب أو أكثر من أسباب السحر والأرواح وانتهاك المحرمات وعدم الانسجام مع ما فوق الطبيعى .

وفى مجتمعنا المصرى نلاحظ أن النظرة الشعبية إلى أسباب المرض ، تنعكس مرة أخرى على سلوك العلاج ، واختيار المعالج والمواد العلاجية والوصفات[٧١] . فإذا كانت أسباب المرض نفسية أو روحية أو مادية ، فإن العلاج ينطوى على صفة أو أكثر من الصفات التى أسهمت فى حدوثه . ولذلك تحتوى وسائل العلاج على جوانب سحرية كالرقى والتعاويذ والتمائم ، كما تشتمل على مواد علاجية ملموسة كالأعشاب والمواد النباتية والحيوانية . ومن ناحية أخرى فان الصحة والمرض فى الثقافة المصرية — وكثير من الثقافات الأخرى — ترتبط بالسلوك المستحب اجتماعياً ، وبالمسلك الأخلاقى ارتباطاً وثيقاً . وبالتالى تعد هذه النظرة وسيلة اجتماعية تدعم التوافق الاجتماعى والتكيف . كما تحدد ثقافتنا المصرية أيضاً مجموعة من القواعد الاجتماعية والثقافية للتمتع بالصحة ، ومنها رجاحة العقل وتجنب المشاجرات والحلم لتلافى الأفعال العدوانية ، والهدوء لتجنب التوترات النفسية والعصبية ، علاوة على الوفاء بالفرائض الدينية والعبادات . فإذا قصرنا فى إحداها حلت بنا النقمة . ولذا يذهب المفهوم الشعبى إلى أن تقاعس الأغنياء عن أداء فريضة الحج يسبب لهم المرض . كما أن تقصيرنا فى الوفاء بالنذر لأحد الأولياء كفيل بحلول المرض والنقمة . كذلك تصنف ثقافتنا الأمراض إلى نوع يعالجه الطب الحديث — كالأمراض الباطنة وأمراض القلب والصدر مثلاً — ونوع آخر لا يمكن أن يعالجه ، كالأمراض العصبية والنفسية والصرع والروماتيزم والشلل والضعف الجنسى .

ومن ناحية أخرى فإن المفهوم الشعبى للصحة والمرض ، يحدد نوع الخدمة الصحية التى يلجأ إليها الإنسان ، ومدى خطورة المرض أو بساطته وكيفية

(٧٠) انظر : Margaret Read, op. cit., P. 30.

(٧١) فوزى عبد الرحمن ، مرجع سابق ، ص ٤٨ .

العلاج ، وحتى مدى قبول الآخرين للحالة على أنها مرض . وتدل الشواهد من الريف المصرى على أن الناس يعتبرون التوعك الصحى البسيط حدثاً عادياً فى حياة الإنسان فى إحدى مراحل حياته . فإذا ما أبدى المصاب بالكحة أو الإسهال أو ارتفاع درجة الحرارة أى شكوى من المرض ، فإن أسرته تلجأ إلى الوصفات المنزلية لعلاجه ، دونما بحث عن مساعدة طبية من خارج البيت . وفى بعض الأحيان يحس الفرد بالهلع من مشهد مخيف أو اضطراب عاطفى أو حادث مؤلم ، فتلتمس له الأسرة العلاج عن طريق « طاسة الخضة » ، كما يعد الهواء البارد مصدراً لكثير من الآلام فى القلب والمفاصل والكلى والمثانة — حسب المفهوم الشعبى — ولذلك فلا بد من الاحتياط تماماً من هذا الهواء ، وعندما تحدث هذه الآلام فما على المتألم إلا الانتظار قليلاً بعد شرب كوب نعناع أو كمون مغلى فيزول الألم ، ولا داعى للجوء إلى الخدمة الصحية الرسمية . وبالتالى تنسب هذه النظرة كثيراً من الأمراض إلى هذا السبب ، وتتغاضى عن علاجه رسمياً ، فيتفاقم المرض ويتضاعف . ومثال ذلك أمراض الكلى والحصى ، والبلهارسيا ومضاعفاتها على الكبد والطحال ... إلخ . وهكذا فإن الوقوف على المفاهيم الشعبية السائدة حول الصحة والمرض ، يساعد النسق الطبى الرسمى على التواؤم معها بقصد تغييرها ، وتهيئة الجو لنجاح الخدمات الصحية .

* * *

عاشراً : التغير الثقافى وبرامج الخدمات الصحية :

يدل التغير الثقافى على كل تحول يطرأ على الجوانب المادية واللامادية للثقافة ، كأن يحدث فى اللغة أو الفن أو المعتقد ، كما يحدث فى المأكل والملبس ، وفى وسائل الاتصال والنقل ، وفى نمط المسكن والأثاث ، وعادات الصحة وغيرها. فالتغير يتعلق إذن بالثقافة كظاهرة تشمل المنتجات المادية Arti Facts ، والإبداعات العقلية Menti Facts ، والتنظيمات والأنماط الاجتماعية Soci Facts . وهناك نمطان للتغير أولهما داخلى يحدث بفعل عوامل داخلية ، وثانيهما خارجى يحدث بفعل عوامل خارجية .

والواقع أن التغير الثقافى فى المجال الصحى يعتبر تغيراً خارجياً فى معظمه ، لأن عوامله تتمثل فى إدخال مجموعة من المؤسسات الصحية فى المجتمع (وحدات صحية ـــ عيادات متنقلة ـــ مستشفيات مركزية ـــ مستشفيات عامة ... إلخ) ، تحمل ثقافة طبية حديثة ، تغاير الثقافة الأصلية التقليدية ، فتحدث بينهما مواجهة قد تقصر أو تطول ، ويكتب فيها البقاء لأصلحهما ، واكثرهما مرونة وتواؤماً مع أفراد المجتمع وثقافتهم . وقد شغلت تلك القضية محور اهتمام كل دراسات الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية ، بحيث لا تخلو دراسة منها من الإشارة إلى موقف المواجهة بين الطب الشعبى والطب الرسمى ، كمحور للتغير الثقافى السائد ، الذى تحدد نتيجته مصير الخدمات الصحية الرسمية .

ويهتم المخطط الصحى وعالم الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية هنا بتأثير التغير الثقافى على استجابة الناس للبرامج الصحية المختلفة ، وكيفية تدعيم الاستجابات الايجابية ، ومواجهة الرفض والمعارضة لها . وهنا يتضح لنا مدى أهمية المدخل الثقافى للخدمات الصحية مرة أخرى . حيث يمكن تحديد مراحل تقبل البرامج الصحية فى المجتمع ، حتى تكون مرشداً للعاملين بالنسق الطبى الرسمى، والقائمين على تنفيذ البرنامج . وتسير هذه المراحل على النحو التالى[٧٢] :

المرحلة الأولى : وتتضمن تكرار معالجة حديثة ناجحة لمرض معين كالبلهارسيا أو التيتانوس أو السل ، والتقبل العام للتسهيلات العلاجية والوقائية ، حيث يصبح المرض موضع رعاية صحية خاصة وبالتالى تكون معالجتهم ووقايتهم اكثر انتشاراً وإقناعاً للآخرين .

المرحلة الثانية : وتنطوى على التجاوب مع التيسيرات الطبية لعلاج الملاريا والبلهارسيا بنجاح مثلاً ، ومن خلال هذا النجاح والتغير الاجتماعى الاقتصادى يزداد طلب الأهالى للخدمات الصحية الوقائية (كالتطعيم ضد الأمراض المعدية فى الريف والبادية بمصر) والعلاجية . ويساعد عامل « المنفعة » على تغيير الاتجاهات نحو العلاج الطبى . ففى الريف المصرى يزداد الإقبال على خدمات

---

(٧٢) Margaret Read, op. cit., PP. 106 - 107.

الوحدات الصحية إذا كانت تصرف للمرضى أدوية ثمينة يستفيدون بها ، ويزداد الإدبار عنها كلما قدمت أدوية هزيلة كالسلفا والأسبرين .

المرحلة الثالثة : وهى مطمح أعضاء النسق الطبى الرسمى ، والمخططين الصحيين والاجتماعيين ، وفيها يحدث التقبل العام للخدمات الصحية الحديثة فى كل حالات المرض العقلى والجسمى ، وتمثل مبادىء الطب الوقائى ، وازدياد الوعى الصحى . والواقع أن هذه المرحلة تتوقف على مدى نجاح الخدمات الصحية وكفاءتها ، وسهولة الحصول عليها بمقابل ميسور ، وليتنا نصل إليها فى مجتمعنا المصرى .

* * *

الفصل الثالث

أنماط التفاعل
بين الطب الشعبى والرسمى

الفصل الثالث

أنماط التفاعل

بين الطب الشعبي والرسمي

مقدمة :

يحفل التاريخ الإنسانى عبر فتراته الطويلة بمكان متميز فى المجتمعات البشرية لبعض الأفراد الذين يتمتعون بقدرة واضحة فى معالجة بعض الأمراض . وتنسحب هذه المقولة على كل المجتمعات بلا استثناء ، حتى تلك التى قطعت أشواطاً بعيدة فى طريق الرعاية الصحية الرسمية المتخصصة ، إذ لا تزال المجتمعات ــ على اختلاف أنواعها ــ تفسح مجالا فسيحا فيها للعلاج الشعبى الذى يمارس نشاطه بلا أى تدريب رسمى أحياناً ، أو بالقليل منه فى أحيان أخرى ، وإن كان دوره أكثر أهمية فى المجتمعات النامية وبخاصة بين سكان الريف[1] ، والأميين الفقراء .

وتعد تلك الممارسات التى تدخل فى إطار الطب الشعبى فى نفس الوقت ، البداية الأولى للتطور الطبى الحديث ، إذ من المؤكد أن تاريخ الطب الشعبى هو تاريخ الطب ذاته فالتاريخ سلسلة طويلة من المحاولة والخطأ ، بدأت مع فجر الإنسانية ، ولم يكتب فصل الختام فيها بعد[2] . ولذلك فإننا نجد فى كثير من الأحيان ، نوعاً من التعايش السلمى بين هذين النوعين من الطب : الرسمى والشعبى ، وإن كانت المواجهة فى السنوات الأخيرة بينهما قد اتخذت طابعاً أكثر حدة .

وإذا كنا هنا نركز على توضيح الممارسات الطبية الشعبية خلال هذا الفصل

(١) انظر : Margaret Read, op. cit., P. (15).

(٢) د . محمد الجوهرى ، علم الفولكلور ، جـ ٢ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠ ، ص (٤٧٤) .

فإن ذلك لا يعنى انفصالاً بين جناحى الطب : الشعبى والرسمى فى الواقع المصرى ، أو أى واقع آخر نام ، ودليلنا على ذلك أن العاملين بالصحة فى ريف المجتمعات النامية عموما ، كثيرا ما يفاجؤون فى ميدانهم الرسمى بنسق آخر للرعاية الطبية ، قوامه الأفكار التى خبرها الناس وجربوها عن أسباب المرض وعلاجه من خلال نوعية البيئة التى يعايشونها ، ونمط معيشتهم ومعتقداتهم حول الإنسان والبيئة ، وعلاقات الإنسان بالعالم الطبيعى وبما فوق الطبيعى[٣] ، وقد تعددت دراسات الطب الشعبى حالياً على المستويين العالمى والمحلى ، لدرجة أن أية محاولة مماثلة لنا فى الطب الشعبى ستصبح ضرباً من التكرار .

ولذلك فقد تزايد الاهتمام بدراسة الطب الشعبى التقليدى والعشبى والسحرى حتى تراكمت الدارسات فى تلك المجالات ، وفرضت نفسها على الساحة الطبية ، وعلى القائمين على أمر الخدمات الصحية الرسمية ، وقد ظهر هذان النقيضان فى المجتمعات النامية ، نتيجة للمواجهة الجديدة بين الطب الرسمى والطب الشعبى ، حتى إذا اصطدم الطب الرسمى بالواقع الاجتماعى النامى ، كان عليه أن يعيد حساباته فى محاولة للتكيف معه بصورة أكثر واقعية[٤] .

إن هناك علاقة شائكة ومتداخلة بين النسق الطبى الرسمى ، والنسق غير الرسمى (الشعبى) إلى درجة يصعب معها — لغير الأغراض الدراسية — الفصل بينهما ، ولذلك فإن الدكتورة نوال المسيرى تؤكد أن فلاحى مصر يستشيرون ممارس الصحة من كلا النسقين للاستفادة إلى أقصى حد ممكن من الخدمات المتاحة ، وهكذا يثبت النسقان الطبيان تكاملهما وتآخيهما ، فقد رضى كل منهما بأخيه ، ولم يحاول التخلص منه ، أو الحلول محله[٥] .

ومن ناحية أخرى فقد نادت منظمة الصحة العالمية بأن تأخذ الدول فى اعتبارها — عند وضع خطط تدريب العاملين فى الحقل الصحى — الدور

(٣) انظر : Margaret Read, op. cit., P. (9).
(٤) على المكاوى ، الطب السحرى ، مرجع سابق ، ص ٤٧٣ .
(٥) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (5).

المفيد الذى يقوم به ممارسو الطب الشعبى[٦] . ومرد ذلك أن العالم الغربى قد انتقل اليوم إلى مرحلة ما بعد التصنيع ، « فبدأت الدعوة إلى العودة إلى الطبيعة فى مجالات كثيرة ، حتى أن حزباً تألف أخيراً فى ألمانيا ، كل برنامجه هو إعادة الخضرة ، ومن أوجه العودة إلى الطبيعة أيضاً العودة إلى الطب الشعبى أو الطب التقليدى »[٧] وقد لاحظت المنظمة هذا التطور منذ عام ١٩٧٧ ، فأصدرت قراراً حثت فيه الحكومات على إعطاء قدر كاف من الأهمية للطب الشعبى ، ثم باشرت جهودها للترويج له على الصعيد العالمى ، فعقدت المؤتمرات ، وكان آخرها عام ١٩٨٤ عن « دور الطب الشعبى فى الرعاية الصحية الأولية » . وبهذا الجهد تستطيع المنظمة الإبقاء على الطب الشعبى وإحياءه كتراث إنسانى ، ثم يمكنها فى ذات الوقت أن تجعل الطب الرسمى أكثر إنسانية فى نظرته إلى أخيه الأكبر من ناحية أخرى .

وفى ضوء ما تقدم فقد انتهينا إلى أن يعالج هذا الفصل الموضوعات التالية :

أولاً : مبادىء الطب الشعبى .

ثانياً : الطب الشعبى فى مجتمعنا المصرى من واقع الدرسات المتاحة .

ثالثاً : أنماط التفاعل بين خدمات الطب الشعبى والطب الرسمى :

١ ــ نمط تغلب الخدمات الرسمية على الخدمات غير الرسمية .

٢ ــ نمط تغلب الخدمات غير الرسمية على الخدمات الرسمية .

٣ ــ نمط المهادنة والتعايش بين نوعى الخدمات الصحية .

رابعاً : تجارب بعض المجتمعات النامية فى الاستفادة من الخدمات غير الرسمية .

خامساً : استخلاصات حول الاستفادة المثلى من الخدمات غير الرسمية .

★ ★ ★

---

(٦) المسح الصحى ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة ، الباب الثانى ، الفصل الثامن .

(٧) د . السيد فهمى الشناوى ، التداوى بالأعشاب ، مقال منشور بمجلة الدوحة القطرية ، العدد (١١٠) ، فبراير ١٩٨٥ ، ص (٤١) .

أولاً : مبادىء الطب الشعبى :

لما كانت الممارسات الطبية الشعبية أسبق ميلاداً من الطب الحديث ، فمن الطبيعى أن تكون أوسع إنتشاراً ، ويزداد هذا الانتشار اتساعاً وتنوعاً بخلو الساحة من الخدمات الصحية الرسمية ، القادرة بإمكانياتها العصرية الهائلة على مواجهة الأمراض والتغلب عليها . ففى مجتمع إبدان Ibdan بنيجيريا ، حيث عجزت المستشفيات عن الوفاء بحاجات الناس الصحية ، استمر الناس فى اعتيادهم وتعاملهم مع الممارسات الطبية الشعبية المتوافرة(٨) . وفى المجتمع اليمنى كان الناس يمارسون وسائل بسيطة سهلة للتغلب على مشكلات المرض . غير أن قصور الخدمات الصحية الرسمية جعلهم ينكبون على الممارسات الطبية الشعبية المتاحة للجميع وفى أى وقت ، وإن كانت تختلف من بيئة إلى أخرى(٩) ، ومنها المعالجات السحرية والنفسية ، ومنها المعالجات بالأعشاب الطبية ، ومنها كذلك الخبرات العملية فى التعامل مع الكسور والجروح والآلام والحميات والأمراض الجلدية وغيرها ، وإن كانت الدراسة التى أجريت فى اليمن حول الخدمات الصحية فى عام ١٩٨١ تشير إلى أن نسبة ١٦ : ٢٠٪ من الناس يعتمدون على الممارسات الشعبية والتداوى الشعبى الذاتى لمشكلاتهم الصحية(١٠) .

وعلى الرغم من اتصال الناس الدائم بالطب الحديث وبالغربيين على وجه العموم فى « جوهانسبرج » بجنوب أفريقيا ؛ فإن حوالى ٧٠٪ منهم لا يزالون يتعاملون مع الطب الشعبى ، ولا يلجأ إلى الأطباء منهم إلا حوالى ٣٠٪ فقط(١١) فى الوقت الذى تشن فيه السلطات الرسمية فى البلاد حرباً ضروساً على الممارسات الشعبية .

---

(٨) Una Maclean, Mgagical Medicine, A Nigerian case-study, Benguin Books, London, 1971, P. (137).

(٩) د . عبد الرحمن إسحق ، الطب الشعبى فى الجمهورية العربية اليمنية ، مجلة الصحة ، وحدة البحوث الصحية بجامعة صنعاء ، العدد الأول ، فبراير ١٩٨٤ ، ص (٦) .

(١٠) د . عبد الرحمن إسحق ، المرجع السابق ، ص (٧) .

(١١) انظر : Una Maclean, op. cit., P. (138).

وأما فى مجتمعنا المصرى ، فعلى الرغم من توافر الخدمات الصحية الرسمية فى جميع البلاد ولجميع الفئات الاجتماعية ، فإن هناك العديد من الممارسات العلاجية الشعبية ، فضلاً عن أن المصريين لا يقتصرون على مصدر واحد للتداوى من المرض ، بل يلتمسون شتى السبل المتاحة سواء كانت استشفاء بالأولياء(١٢) ، أو بالطب السحرى(١٣) ، أو بالطب العشبى ، والوصفات المنزلية وغيرها من الممارسات والطقوس الشعبية من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإنهم يطرقون كذلك ـــ فيما يطرقون ـــ أبواب الخدمات الصحية الرسمية ، أى أنهم ـــ فى بحثهم عن العلاج ـــ لا يدعون باباً إلا طرقوه ، رسيما كان أو غير رسمى ، طبيباً كان أو ممارساً شعبياً .

وإذا تصفحنا الدراسات المصرية حول الطب الشعبى ـــ دونما تكرار لمحتوياتها ـــ لوجدنا فيها نوعا من الإجماع العام على النقاط الأساسية التالية :

١ـــ أن إقبال الجمهور على المعالجين التقليديين لم يؤثر بشكل واضح على اتجاههم نحو الخدمات الصحية الرسمية حين تتوافر لديهم باستمرار ، كما أنهم لا يرون تعارضاً ، بين الخدمات الرسمية وغير الرسمية(١٤) .

٢ـــ أن ممارسى الطب الشعبى يعتمدون فى ممارستهم على خبرة عملية طويلة اكتسبوها عن طريق وراثة المهنة كالحلاق والداية على سبيل المثال ، وهم لذلك « حرفيون مهرة »(١٥) فى مزاولة العلاج ، علاوة على أن بعضهم قد أضاف إلى خبرته الوراثية مهارات جديدة من خلال عمله فى المؤسسات الصحية الرسمية كتمورجية ، أو مولدات ، أو العمل مع الأطباء فى عياداتهم الخاصة بالمدن والريف حالياً .

٣ـــ أن بعض الممارسين الشعبيين ـــ من غير أبناء الأسر التى احترفت الممارسة الشعبية ـــ قد استطاعوا أن ينموا مهاراتهم وخبرتهم عن طريق اشتغالهم بالمستشفيات ، كما استطاع بعضهم أن يفعل نفس الشيء عن

---

(١٢) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعى ، مرجع سابق ، ص ص ٢٠٩ ـــ ٢١٥ .
(١٣) نفس المصدر ، ص ص (٢٢٥ ـــ ٢٣٢) .
(١٤) انظر : Nawal El Mesrreri, op. cit., P. (5).
(١٥) المسح الصحى ، الباب الثانى ، الفصل الثانى ، مرجع سابق .

طريق العمل فى عيادات الأطباء الخاصة بالمدن والريف حالياً[١٦] . ويزاول هؤلاء وأولئك العلاج فى القرى على نطاق واسع وإن كانوا يجمعون فى أساليبهم العلاجية بين الطرق التقليدية ، والطرق الحديثة[١٧] ، فهم يقومون مثلاً بالفصد والخزم والحجامة ، وفى نفس الوقت يعطون الحقن ويصفون أنواعاً معينة من الأقراص والشراب ... إلخ .

٤ـ أن صراع الإنسان مع المرض مسألة إنسانية يشترك فيها بنو البشر جميعا ، غير أن قصور الخدمات الصحية الرسمية عن مطالب الناس ـ ولا سيما فى الريف ـ يحتم وجود نسق طبى غير رسمى ، يلجأ المكروبون إليه ينشدون معونته وغوثه ، ويلوذون به فى غيبة النسق الطبى الرسمى[١٨] .

٥ـ تجمع الدارسات الحالية على ترتيب معين لأنواع الخدمات الصحية غير الرسمية ، ولمدى اعتماد الجمهور عليها ، على النحو التالى :

أ ـ الداية .

ب ـ حلاق الصحة .

جـ ـ المجبر .

د ـ المشايخ (السحرة) رجالاً ونساء[١٩] .

هـ ـ العطار .

و ـ الاستشفاء بالأولياء .

ويتبين لنا من الترتيب أن أكثر الخدمات الصحية مساساً بالجمهور ، هى المهن القائمة على الاحتراف الفنى والخبرة الأوسع ، وهذا منطقى لأن النتائج تظهر فوراً[٢٠] كالتوليد أو فتح الخراريج أو التغيير على

---

(١٦) انظر :
Nawal El Messeri, op. cit., P. (30).

(١٧) د . حسن الخولى ، الريف والمدينة فى مجتمعات العالم الثالث ، مصدر سلف ذكره ، ص (٣٨٠) .

(١٨) فوزى عبد الرحمن ، مرجع سالف الذكر ، ص ص ب ـ جـ .

(١٩) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعى ، مرجع سابق ، ص (٣٠٨) و (٥٠٩،٥٠٩) وما بعدها .

(٢٠) المسح الصحى ، مرجع سبق ذكره

الجروح ... إلخ ، بينما لا يلمس الناس نتائج فورية لدى السحرة مثلاً ، بل ربما لم تظهر نتائج على الإطلاق ، فإذا بدا للساحر ضجر أو برم أو استعجال للنتائج ، أنحى الساحر عليه هو باللائمة وعلى كيفية تنفيذ الوصفة(٢١) .

* * *

ثانياً : الطب الشعبى فى مصر من واقع الدراسات المتاحة :

ونحاول فى هذا الجزء توضيح صورة الخدمات الصحية غير الرسمية التى تناولتها الدارسات المصرية المتاحة ، سواء تلك التى أجراها باحثون مصريون أو أجانب ، ودون خوض فى تفاصيل هذه الدراسات .

ومن هذه الدراسات دراسة كلونزنجر Klunzinger التى تناول فيها بعض الخدمات الصحية العلاجية التى يقدمها الممارسون الشعبيون لعلاج البواسير مثلا بعظام الكلب المحروقة مع مرارة الثور ox-gall وبعض مسحوق النحاس ، وحبذا لو أضيف إلى الخليط قليل من السلفا(٢٢) ، كما يذكر بعض الوصفات المنزلية غير الاحترافية ، من خلال ذكر بعض المواد والعقاقير الطبية الشعبية ، كالمواد النباتية مثل زيت الزيتون (زيت الطيب) لعلاج الروماتيزم وأمراض الجلد ، والكراوية (حبة البركة) ... إلخ . ومن بين المواد الحيوانية صفراء الماعز Goat's bile وبراز الكلب والنسانيس ، وعظام الأسماك والكلاب والخنافس السوداء ، حتى تصل الدراسة إلى أخص خصائص بيئة صعيد مصر ، وهى لدغة العقرب ، ويسوق كلونزنجر كيفية علاجها بالأساليب المختلفة ، ومنها حك موضع اللدغة بفص ثوم ، أو تدليكها بصماخ الحمير ، أو وضع الأحجار الكريمة عليها : كاليشب أو الفيروز ... إلخ(٢٣) .

---

(٢١) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص (٤٧٦) وما بعدها .

(٢٢) انظر : C.B.Klunzinger, Upper Egypt, Its people and its product, London, 1878, P. (398).

(٢٣) انظر : Ibid, P. (400).

وعلى الشاكلة ذاتها تسير دراسة « وليم لين » حيث يسوق بدوره أمراضاً معينة ويذكر كيفية علاجها ، وإن كانت الدارسة لا تكشف بدقة عن وجود ممارسين محترفين أو تخصصات فى الخدمات نفسها[٢٤] . ومن الأمراض التى يذكرها لين : الرمد والعقم وبثور الجفن والملاريا واليرقان ، وتأخر مشى الطفل ، ويضطلع المريض نفسه بإجراءات العلاج الشعبى بعد استشارة الممارس الشعبى طبعاً .

وأما الدراسة التى قامت بها فاطمة المصرى فقد تناولت بعض الممارسات الاحترافية العلاجية مثل الزار ، والأمراض المتنوعة الأخرى التى دأبت الممارسة الشعبية على مواجهتها والتعامل معها ، مثل الخمول ، وتراخى الحركة ، والصداع الدائم ، والروماتيزم والحساسية ، وآلام الرجلين ، وأمراض العيون ، وأمراض النساء والعقم ، والأمراض الباطنية والعقلية والنزيف ... إلخ[٢٥] ، علاوة على أن الدارسة تتناول التفسير الشعبى أيضاً لأسباب هذه الأمراض ، وموسيقى الزار وأغانيه المختلفة التى تختص كل منها بمعالجة حالة .

أما دراسة الدكتور محمد الجوهرى لقرية غرب أسوان فإنها توضح مكانة الطب الشعبى وتوافر الخدمات الصحية التى يقدمها نظراً لتوافر الحشائش والأعشاب الطبية من ناحية ، والدور الاعتقادى حولها من ناحية ثانية ، وغزارة خبرة الأهالى بها عموما من ناحية ثالثة ، وبخاصة كبار السن منهم . والملاحظ أن خبرة الأهالى هناك تساعدهم على تعديل وإضافة عناصر أخرى للأعشاب والمواد الطبية ، كإضافة السكر للدمسيسة لعلاج المغص والدمسيسة للزيت وتوضعان على رأس الطفل لخفض درجة حرارته ، وتشير الدارسة أيضاً إلى توافر الممارسات الصحية العامة والمتخصصة فى غرب أسوان لعلاج الصداع ، ولدغة العقرب ، ونمو الأسنان ، والبلهارسيا ، وأمراض الكلى والبواسير[٢٦] .

(٢٤) وليم لين ، المصريون المحدثون ، شمائلهم وعاداتهم ، ترجمة عدلى طاهر نور ، ط ٢ ، دار نشر الجامعات المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٥ ، ص ص (٢٦٦ ، ٢٢٧) .

(٢٥) فاطمة المصرى ، الزار : دراسة نفسية وأنثروبولوجية ، الهيئة المصرية للكتاب ، القاهرة ١٩٧٥ ، ص ص (٦٧ — ٧٢) .

(٢٦) د . محمد الجوهرى ، بعض معالم التغير فى مجتمع غرب أسوان ، مطبعة جامعة القاهرة ، ١٩٧٥ ، (١٥٤) وما بعدها .

وتشير سعاد عثمان إلى بعض الأنشطة العلاجية التي يضطلع بها الأولياء في حي الخليفة بالقاهرة[٢٧] ، مثل علاج أمراض الأطفال التي ينتج عنها كثرة البكاء والتشنجات والصراخ ، وكذلك حالات انكفائهم على الأرض ، وتعرضهم لأذى الكائنات فوق الطبيعة ، وحالات الضعف العام ، والكساح ولين العظام وتأخر سن المشي ، كما يقوم الأولياء بعلاج حالات العقم وأمراض العيون والأمراض النفسية والعصبية ، وحالات المس واللبس .

ولقد وقفنا في دراستنا للماجستير على نفس الأنشطة العلاجية التي يقوم بها الأولياء الأحياء والأموات في علاج الأمراض المستعصية التي عجز الطب الرسمي عن علاجها ، أو التي يصاب بها الفقراء ولا يقدرون على نفقات العلاج[٢٨] . ومن تلك الأمراض : الأنيميا الحادة ، والتخلف العقلي ، والصمم والبكم ، وأمراض القلب والعيون ، وحتى البلهارسيا ، كذلك فإن السحرة يقومون بعلاج أمراض أخرى كالعقم والإخفاق في الحمل ، والضعف الجنسي .. إلخ .

وتخلص دراسة الدكتور حسن الخولي إلى أن هناك معالجين شعبيين متخصصين محترفين ، وآخرين غير محترفين . وتتعدد تخصصاتهم لتشمل : أمراض العيون ، العقم ، بل وتأخر الحمل ، وعلاج أمراض الأطفال ، وعقرة الكلب ، والكسور ، والقراع علاوة على الخدمات العلاجية التي يقدمها الحلاقون والمعالجون بالكي ... إلخ . وهي خدمات تدخل في دائرة العوز أكثر مما تدخل في دائرة الاعتقاد كما تشير الدراسة[٢٩] .

وتشير دراسة فوزي عبد الرحمن إلى انقسام الممارسات الشعبية إلى فئتين : أولاهما ذات طبيعة سحرية تركز على استخدام التعاويذ والأحجبة والرقى ، وهي تتم في الغالب على يد متخصصين في هذا النوع العلاجي ، وتضم الفئة الأخرى الممارسات العلاجية ذات الطابع الطبيعي حيث تستخدم فيها بعض

(٢٧) سعاد عثمان ، النظرية الوظيفية ودراسة التراث الشعبي ، رسالة ماجستير : (غير منشورة) ، كلية بنات عين شمس ، ١٩٨١ ، ص ص (٥٨٦ — ٥٩٠) .

(٢٨) علي المكاوي ، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعي ، مرجع سابق ، ص ص (٢١٤ — ٢١٥) .

(٢٩) أ.د. حسن الخولي ، الريف والمدينة ، مرجع سابق ، ص ص (٣٧٣ — ٤٠٢) .

المواد كالأعشاب والمعادن والعناصر الحيوانية ... إلخ . ويقوم بهذه الممارسات معالجون متخصصون ، كما تؤدى فى المنزل بالإعتماد على النفس والخبرة الموروثة[٣٠] ، كما تشير الدراسة أيضاً إلى مقدمى الخدمات الصحية غير الرسمية : كالحلاق ، والداية ، والمجبراتى ، والمعالجين بالكى ، والسحرة ... إلخ .

وقد تخيرت الدراسة عشر أسر ، وتعرضت للأمراض التى دار حولها البحث فى هذه الأسر ، بالإضافة إلى المجتمع المحلى (الجفادون — بنى سويف) والمنطقة المحيطة به ، واختار الباحث عشرة أمراض يجرى عليها دراسته ، هى : تأخر الحمل، والحصبة وإسهال الأطفال ، والتهاب العيون ، وأمراض الأذن ، والروماتيزم ، وآلام المفاصل ، وأمراض الجلد ، والضعف العام للكبار ، وكسور العظام ، وانتهاءً بلسع العقرب ولدغ الثعبان .

والخلاصة من وراء هذه الدراسات وغيرها أن الطب الشعبى يلقى مزيداً من الاهتمام على المستوى الشعبى والرسمى ، فى الريف والحضر ، وذلك لأنه يضطلع بتقديم خدمات صحية تراعى أنماط السلوك السائدة ، وتحقق نجاحاً واضحاً فى مواجهة كثير من المشكلات المرضية ذات الجذور النفسية والاجتماعية ، علاوة على أن القائمين بهذه الخدمات يحسنون التعامل معها وفهم ديناميياتها ، فضلاً عن أنهم موجودون كل الوقت وتحت الطلب ، ولا يتقاضون عائداً يذكر بالنسبة لما يتقاضاه الطبيب وسائر مقدمى الخدمات الصحية الرسمية .

وتزداد أهمية الخدمات غير الرسمية كلما انعدمت الخدمات أو ندرت ، أو عجزت — رغم توافرها — عن مواجهة الحاجات الصحية السائدة نظراً لنقص الأدوية،أو سوء الأداء المهنى بالمؤسسة الصحية ، أو لضياع الوقت بلا فائدة تذكر ... إلخ . كذلك فإن الطبيعة الجغرافية للمجتمع المحلى وموقعه ، يحددان مدى أهمية الممارسات الشعبية . ولا يخفى علينا دور البناء الاجتماعى فى تحديد درجة الأهمية ، والدور الحاسم الذى تمارسه الثقافة السائدة ، ولا سيما إذا كانت ثقافة تقليدية تعتبر معقلاً للتراث الشعبى ، وإن كانت المواجهة تزداد

(٣٠) فوزى عبد الرحمن ، الممارسات الطبية الشعبية ، مرجع سابق ، ص ص ٢٣ — ٢٩ .

الآن حدة بين الطب الرسمى (الخدمات الرسمية) ، والطب الشعبى (الخدمات غير الرسمية) ، وهذا ما ستوضحه الفقرات التالية .

* * *

ثالثاً : أنماط التفاعل بين خدمات الطب الشعبى والطب الرسمى :

إن الخدمات الصحية التى يقدمها الطب الشعبى ليست وهماً أو ثمرة تفكير خرافى أو غيبى ، على عكس معظم العناصر الاعتقادية الشعبية الأخرى . ولذلك فليس لنا أن نتوقع أن تختفى بين عشية وضحاها من مجتمع يأخذ بأسباب العلم الحديث ، فهو فى بعض جوانبه يمثل ذخيرة من الخبرة الشعبية المتوارثة التى صقلتها المحاولة والخطأ[31] . ولعل هذا البعد هو الذى يحدد شكل المواجهة بين النسقين الطبيين : الشعبى والرسمى ودرجة حدتها .

إن سلوك الإنسان حيال الطب الشعبى سلوك نسبى بين الفقراء والأغنياء ، وهكذا فإن الأبعاد الطبقية والتعليمية فارقة فى الجانب العقلانى منه ، ولكن الأبعاد ذاتها ليست فارقة فى الجانب الدينى — السحرى[32] ، فالمتعلمون والفقراء والأغنياء يفزعون إلى الممارسات العلاجية الدينية السحرية ، مع اختلاف فى البواعث فقط . فإذا كان الباعث للفقراء هو الفقر فإن الباعث للأغنياء هو استعصاء المرض ، بينما يدفع المتعلمين إليه فشل الطب الرسمى أو استعجال نتائجه . وإذن فإن الممارسات الطبية الشعبية باقية ، ولا يزال ممارسوها موجودين بل إن من اليسير العثور عليها حتى داخل بعض الوحدات الصحية الريفية فى مصر (بمركز العياط /جيزة) ، حيث كشفت دراستنا الميدانية(*) عن قيام بعض عمال الصحة « بفتح الكتاب » للأطفال المرضى ، وعمل الأحجبة والرقى لهم علاجاً لمرضهم ، ووقاية من الأمراض الأخرى . ومن ناحية أخرى يقوم بعض السحرة فى القطاعين الريفى والحضرى والبدوى بالجيزة بتقديم العلاج السحرى مع كتابة أدوية حديثة فى قصاصة ورق ،

---

(٣١) د . محمد الجوهرى ، علم الفولكلور ، جـ ٢ ، مرجع سابق ، ص ٥٢١ .

(٣٢) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعى ، مرجع سابق ، ص ٣٢٥ .

(*) راجع التفاصيل فى دراستنا عن الجوانب الاجتماعية ... ، مرجع سابق ، الفصل الخامس كله .

وتصرف من الصيدلية . والملاحظ أن المريض أو أسرته تحرص على الجمع بين الخدمات التى يقدمها طبيب الوحدة وبين الخدمات التى يقدمها السحرة . كذلك فإن المريض الذى يكشف عند طبيب الوحدة ، يحرص على استشارة الحلاق والساحر حول جدوى الأدوية التى وصفها الطبيب ، ولهما الكلمة الأولى فى صرفها أو تغييرها . وأما عن المجبراتى فقد مرض ذات مرة وحُجز بمستشفى أم المصريين ، ومع ذلك كان يعالج كسور العظام لبعض المرضى ، حتى أقبلوا عليه وحدثت المواجهة بينه وبين الأطباء الذين أعجبتهم مهارته . كذلك مارس المجبراتى نفس الخدمة لبعض المرضى بمستشفى قصر العينى حينما حُجز فيه لعلاج كسر فى عظام الترقوة .

ومع ذلك فإن واقع البلدان المتقدمة يؤكد انسحاب خدمات الطب الشعبى أمام زحف المستشفيات والخدمات الصحية الرسمية ، بل إن بعضها — مثل ألمانيا الغربية — قد قام بترشيد معظم عناصر الطب الشعبى ، وتطوير المفيد منه ، واستبعاد كل ما يثبت علمياً مخالفته للقواعد الصحية . كما استخلص الألمان المطهرات والعقاقير من الأعشاب الطبية — والملاحظ أن هذه الأعشاب ليست كلها محلية ، بل يقومون باستيرادها ، ويأتى « الشيح » على رأس هذه الأعشاب الذى يستوردونه من مصر ، حيث يزرعه أهل الفيوم ويجففونه . ومن كل هذه الأعشاب يصنع الألمان المطهرات التى لا تغيب عن البيت ، ولا يخلو منها مستشفى ، وعلاوة على ذلك فإنهم يستغلونها فى صناعة مستحضرات التجميل ، وتصديرها إلى مصر ثانية مثل الكريمات (كاميل) وغيرها . أما فى المجتمع الأمريكى فإن ربع الأدوية هناك مستخلصة من الأعشاب الطبية ، حتى أقامت جامعة « إلينوى » بشيكاغو محطة تنمو فيها هذه النباتات وتشخص فيها العقاقير وتعالج كيماوياً[٣٣] . كذلك أنشأت منظمة الصحة العالمية وحدة بحوث للطب الشعبى فى مكسيكو العاصمة لتجرى بحوثاً دوائية على نباتات معروفة فى الحضارات القديمة مثل الأزتيك والمايا وغيرها . ولعل مرد هذا الاهتمام أنهم يعتبرون الحياة بمثابة وحدة تضم الجسم والحواس والعقل والروح معاً[٣٤] . وبالتالى فإن تأكيدهم على الجوانب الأخلاقية

(٣٣) د . السيد فهمى الشناوى ، مصدر سابق ، ص ص ٤١ — ٤٢ .
(٣٤) د . محمد الجوهرى ، مرجع سابق الذكر ، ص ٥٢٣ .

والروحية هو الذى يعطى هذه الحياة أبعاداً جديدة لنظم الرعاية الصحية ، وهذا ما ينقص الطب الرسمى حالياً .

وإذا تأملنا واقع المواجهة بين الطب الشعبى والطب الرسمى فى البلدان النامية ــ كمصر على سبيل المثال ــ وجدنا أن هناك بعض ميادين الطب الشعبى استطاعت أن تثبت فى جبهة المواجهة مع الطب الحديث ، مثل : أمراض النفس والأعصاب ، وأمراض الأسنان والعقم ، وهى تتوقف على تعديل البيئة الأسرية والاجتماعية المسئولة عن المرض ، مما ليس فى مقدور الطبيب[٣٥] .

وقد تدعم الطب الشعبى أمام الطب الحديث بفضل تفسير الناس لأسباب المرض إذ أن طبيعة التفسير هى التى تحدد نوع العلاج المطلوب ، سواء كان حديثاً ، أو تقليدياً . ومن ناحية أخرى فإن تحديد نوع العلاج المطلوب يتواءم مع المفاهيم السائدة عن المرض وأسبابه ، ويعتمد على تقييم الإمكانيات المتاحة فى كل نسق ، فعندما يصاب المواطن فى الريف المصرى مثلاً ، فلا بد له من أن يطرق كل الأبواب المختلفة لعلاجه بالأساليب الحديثة أو الشعبية أو السحرية ــ الدينية ، وربما تداوى المريض بها جميعاً واحدة بعد أخرى ، وربما تداوى بها جميعاً فى نفس الوقت[٣٦] . والملاحظ ــ برغم ثقة القرويين فى الطب الرسمى ــ أنهم يهجرونه إلى الوسائل التقليدية ، لأن هناك مساحات من الممارسة الطبية يتفوق فيها الطب الشعبى ، مثل : التوليد ، وعلاج الحسد ، والعلاج الروحانى بمختلف مفاهيمه ، بالإضافة إلى القصور الواضح فى أداء الخدمات بالوحدات الصحية[٣٧] ، مما يفسره الجمهور بعدم العناية والإهمال والتعالى .

وعلى أية حال فإن المواجهة الحالية بين خدمات الطب الرسمى ، وخدمات الطب الشعبى تتخذ نمطاً ــ أو أكثر ــ من هذه الأنماط التفاعلية الثلاثة :

---

(٣٥) د . محمد الجوهرى ، مرجع سابق ، ص (٥٢٣) .
(٣٦) المسح الصحى ، مرجع سابق ، الباب الثانى ، الفصل الثامن .
(٣٧) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (37).

١ ــ نمط تغلب الخدمات الصحية الرسمية على الخدمات غير الرسمية .
٢ ــ نمط تغلب خدمات الطب الشعبى على الخدمات الصحية الرسمية .
٣ ــ نمط المهادنة والتعايش بين نوعى الخدمات الصحية .

(١) نمط تغلب الخدمات الصحية الرسمية على الخدمات غير الرسمية :

ويبدو هذا النمط من خلال اكتساح المواد العلاجية الحديثة حالياً ــ كالقطرة ومراهم العين ــ للأساليب التقليدية فى علاج التهاب العيون ، وبخاصة وأن استخدام هذه المواد صار مألوفاً فى إطار العلاج المنزلى ، فالقرويون يشترونها مباشرة من الصيدليات ويتداوون بها ، مـا لم تكن درجة التهاب العين مقلقة ، وما لم تكن الحالة ملجئة فعلا إلى الطبيب[٣٨] ، كذلك فقد صار الحصول عليها ميسوراً من المدينة ، أو عن طريق سائقى السيارات ، بل إنها تتوافر الآن فى الصيدليات التى افتتحت مؤخراً فى القرى ، بالإضافة إلى توافرها عند الحلاقين فيما قبل ، وفى بعض محلات البقالة أحياناً[٣٩] ، وانحسرت تبعاً لذلك الوصفات الشعبية لعلاج التهاب العين ، مثل استخدام « المحارة وحجر الطرفة » ، وتقطير ماء البصل فى العين ، والششم الأبيض مضافاً إليه لبن ثدي المرضع ، واللبخة ، وكمادات اللبن الرائب ، وتقطير التوتيا الزرقاء أو الحمراء فى العين ... إلخ[٤٠] .

ويشير الدكتور حسن الخولى إلى أن الأساليب التقليدية لعلاج « الإسهال » عند الأطفال قد انحسرت أمام المد الطبى الحديث ، حيث عمت الخدمات الصحية فى السنوات الأخيرة ، وتقدمت الرعاية الصحية حتى انخفض معدل وفيات الأطفال عما قبل فى مصر ، ولذلك صار مرض الإسهال عند الأطفال يستلزم الإسراع بعلاجه نظراً لخطورته[٤١] . ولعل لوسائل الإعلام دوراً كبيراً

(٣٨) د . حسن الخولى ، الريف والمدينة ، مرجع سابق ، ص (٤٢٧) .
(٣٩) يصدق ذلك على قرية « سيف الدين » ــ دمياط ، حيث كانت الأدوية العلاجية الحديثة لمرض القلب (وبخاصة الكورامين) ، والعين (القطرة ، والبنسلين ، والتيراميسين .. الخ) ، تتوافر لدى بعض البقالين ، والحلاقين ، وتمورجية الوحدة الصحية ، وذلك قبل أن يفتتح أحد الصيادلة من أبناء القرية صيدلية حديثة بها .
(٤٠) د . حسن الخولى ، المرجع السابق ، ص ص (٤٢٩ ــ ٤٣١) .
(٤١) نفس المصدر السابق ، ص (٤٣٢) .

فى توعية الجمهور بخطورة هذا المرض ، وارتباطه بالجفاف ، وإرشاد النساء إلى كيفية التصرف واستخدام محلول معالجة الجفاف .

والجدير بالذكر أن الصراع بين الطب الشعبى والطب الرسمى قائم ، ولكن انحسار الطب الشعبى — كما اتضح منذ قليل — راجع إلى تحسن الأوضاع المعيشية وتحسن أساليب الرعاية الصحية ، وانتشار الخدمات الصحية وارتفاع معدلات التعليم وسرعة وصول الخدمة الطبية الحقيقية إلى أصحابها من أبناء القطاعات الشعبية بنفقات زهيدة ومهما بعدت بهم المسافة من مراكز العمران[٤٢] ، فإذا كان مصدر هذه الخدمة قريباً قصدوه قبل أى مصدر شعبى دينى — سحرى[٤٣] ، أما إذا كانت الوحدة الصحية مثلاً بعيدة عنهم أو يصعب الوصول إليها ، فإن اللجوء إليها قد يأتى فيما بعد طرق الأبواب العلاجية الأخرى الأيسر منالاً .

وفى القطاع البدوى بالمجتمع المصرى كان البدو يعتمدون أساساً فى العلاج على أساليب طبية شعبية هى الكى والحجامة والأعشاب والسحر والتجبير . إلا أن دخول الخدمات الصحية الرسمية هذا المجتمع ، حد من انتشار هذه الممارسات ، علاوة على قصرها على فئات محدودة من البدو تتمثل فى كبار السن عادة ، وغير القادرين على تكاليف العلاج الرسمى ، والمرضى المزمنين بالسكر وارتفاع الضغط والروماتيزم . على حين يسارع شباب البدو باللجوء إلى الخدمات الرسمية سواء بالمؤسسات الصحية العامة أو الخاصة حسب المقدرة الاقتصادية وخطورة الحالة . وهكذا تغلبت الخدمات الرسمية على الخدمات غير الرسمية إلا فى حالة واحدة وهى كسور العظام حيث يفضل الشباب أيضاً اللجوء إلى المجبراتى .

وفى المجتمع السعودى تغلبت الخدمات الرسمية كذلك على الخدمات الشعبية ، حتى فى المناطق النائية والبدوية التى تمثل معقل الطب العربى (الشعبى) ، فإذا كانوا يعالجون الرمد — فيما قبل — بتقطير عصارة الأعشاب فى عين المريض ، أو يبخرونه على نوع من الأعشاب يعتقدون أن

(٤٢) د . محمد الجوهرى ، مرجع سبقت الإشارة إليه ، ص (٥٢٣) .

(٤٣) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (38).

دخانه شافٍ للعين ، أو يستخدمون الكحل ... إلخ[٤٤] ، إلا أنهم الآن قد عرفوا طريق المستشفى والمستوصف وسائر المؤسسات الطبية الرسمية . ويرجع هذا التغير الواضح إلى توافر التيسيرات الطبية ، وإتاحة الخدمات الصحية لكل الناس ، وفى أى موقع ، وبكفاءة فى الأداء المهنى ، مما جعل حالات الروماتيزم والأنفلونزا والصداع واضطرابات الهضم وحتى العقم تلجأ إلى تلك المؤسسات ، فانحصر الطب الشعبى فى الخدمة العلاجية النفسية أو العضوية التى تبطؤ فيها نتائج الطب الحديث .

على أننا نلاحظ أن الخدمات الرسمية ربما نزلت أحياناً ميدان الصحة بكل ثقلها حتى تستطيع اكتساح الطب الشعبى وسحب البساط من تحته ، مما يدفع القوى العاملة الطبية الرسمية إلى محاصرة المطببين الشعبيين ، وعدم تأييد ممارساتهم والحد من نشاطهم[٤٥] . ولذلك فقد انطلق الأنثروبولوجيين يجرون دراساتهم حول الشامان Shamman ، والأطباء السحرة Witch-doctors ، كما انكبوا على علوم الأوبئة ، وتفسير الأمراض يفكون طلاسمها ويحلون ألغازها ، كذلك فقد انخرط علماء النفس والاجتماع فى الاهتمام بتدريب الأطباء وممارساتهم ، ومكانة الممرضة ، وبيئة المستشفيات .. كل أولئك بغرض إقرار سيادة الخدمات الرسمية على الميدان الصحى .

(٢) نمط تغليب خدمات الطب الشعبى على الخدمات الصحية الرسمية :

من المؤكد أن طبيعة البيئة القاسية ، ونقص الخدمات الصحية الرسمية ، يتوجان الطب الشعبى على عرش الخدمة الصحية ، وعليه إذن أن يبذل نشاطاً مضاعفاً لسد هذا الفراغ ليس فى مجال العلاج فحسب ، بل وفى ميدان الوقاية كذلك[٤٦] حيث يلقى الطب الشعبى بكل ثقله ، ويستخدم كل ما أتيح له من خبرة ومعرفة ونصائح وأدوية ومعالجات ، سواء كانت نباتية أو حيوانية ، أو حتى مواداً آدمية (مستمدة من جسم الإنسان نفسه : كالدم والبول واللبن فى

---

(٤٤) على المكاوى ، الثبات والتغير فى العادات والمعارف ، مرجع سابق الذكر ، ص ص ٣٢ ــ ٣٣ .

(٤٥) George Foster, Medical Anthropology, op. cit., PP. 163 - 164.

(٤٦) انظر : Margaret Read, op. cit., P. (33).

المعالجات الشعبية ، أو مخلفات آدمية : كالعرق والشعر والملابس فى المعالجات السحرية)[٤٧] .

ولعل توضيح هذا النمط بالاستشهاد بالواقع المصرى يفيدنا فى فهم واقع الخدمات الصحية الرسمية حيال الخدمات غير الرسمية ، وفى الوقوف على أبرز المشاكل التى تحول دون وصول الخدمة الرسمية إلى مستحقيها الفعليين : فالريف المصرى يعايش كلا النسقين كما أن أهله يتعاملون مع كليهما لتحقيق أقصى قدر من الفائدة[٤٨] . ومع ذلك فإن من الملاحظ أن الطب الشعبى لم ينحسر بعد بالقدر الذى يتناسب مع انتشار الوحدات الصحية الرسمية منذ الخمسينيات ، وبالذات منذ إنشاء الوحدات الصحية الريفية بدءاً من عام ١٩٦٢ ورغم إلغاء الحكومة لتراخيص الدايات والحلاقين[٤٩] .

وتتيح الظروف الصعبة لبعض المناطق ، ونقص الخدمة الرسمية بها ، فرصة لازدهار الطب الشعبى بكل ممارساته ، بما فى ذلك العلاج بالكى بالنسبة للإنسان والحيوان فى قرى « أبى ماضى » و « زيان » و « قلبشو » فى شمال مركز بلقاس بالدقهلية ، كما أن العلاج بالكى لا يزال سائدا بالنسبة للإنسان والحيوان فى الوقت الراهن فى قرية « الحجر » بمركز إطسا بالفيوم على حافة الصحراء[٥٠] حيث يقوم الأعراب المقيمون بوادى الريان بهذا العلاج للروماتيزم ، والأمراض الجلدية ، والأمراض الباطنية ، وحتى أمراض الأطفال .

وتدل الشواهد الإثنوجرافية على أن المطببين الشعبيين فى الريف يضطلعون بعلاج الأمراض البدنية وغيرها ، وهم أكثر دراية بمفاهيم الريفيين للصحة والمرض ، وأعرف باحتياجاتهم الفعلية من الخدمات ، ولذلك فإن الغلبة فى القرى دائماً للطب الشعبى على الطب الرسمى ، حتى فى تلك التى يتوافر بها الوحدة الصحية والعيادة الخاصة والصيدلية الخاصة .

---

(٤٧) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعى ، مرجع سابق ، ص (٢٢٥) وما بعدها .
(٤٨) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (5).
(٤٩) المسح الصحى ، مرجع سابق .
(٥٠) د . حسن الخولى ، مرجع سابق ، ص (٤٠٤) .

فعلى الرغم من توافر المؤسسات الصحية العامة والخاصة فى بعض القرى ، إلا أن الناس لا يزالون يترددون على « المجبراتى » لعلاج كسور العظام[٥١] ، كما أن هناك قرى معينة يشتهر بعض أهلها بهذه الممارسة ، ويؤمها المرضى من المناطق المجاورة بمحافظة الدقهلية ، بل ومن خارجها[٥٢] . ويرجع سبب انتشار تلك الممارسات الشعبية إلى نقص الخدمات الصحية الرسمية فى تلك المناطق ، وطبيعة ايكولوجيا المجتمع القروى أو البدوى والخبرة اليدوية الممتازة التى يتمتع بها « المجبر » ، وتمتعه بحساسية عالية فى تحسس العظام والمفاصل ، ومهارته الفائقة فى تحديد أنواع الخلع ، وتمزق الأربطة والكسور وإلمامه الواسع بالفرق بين الكسور البسيطة والكسور المضاعفة ، وكذلك المدة اللازمة لالتئام الكسر .

ولكن اللافت للنظر أن يغزو « المجبراتى » المدينة نفسها ، بل وكبرى مدن الدولة كلها « القاهرة » . وقد بدأ المجبرون يمارسون نشاطهم بشكل منظم ويعلنون عن أنفسهم وعناوين (عياداتهم) على جدران المبانى أو على لافتات ، وبحروف كبيرة[٥٣] ومنهم من ذاع صيته على مستوى القاهرة الكبرى ، مثل « عدول المجبراتى » بالجيزة[*] . وعلى الرغم من مزاولة المجبرين المهنة بلا ترخيص رسمى إلا أن جمهورهم يزداد فى القرى ، وفى الأحياء الشعبية بالمدن ، ومعظم هؤلاء من الفقراء الذى ترهقهم تكاليف العلاج عند أطباء العظام .

وتفرض طبيعة الحياة الريفية تدخل « المجبراتى » ، حيث تنتشر حالات الجزوع والتواء الظهر هناك بين الكبار نتيجة لصعوبة الأعمال الزراعية ، كما تنتشر بين الأطفال ، فالطفلة مثلاً — فى سن الرابعة تقريباً — عليها أن تحمل أخاها الرضيع ، وتجلب الماء للبيت من « الحنفية العامة » ، وتحمل أثقالا فوق طاقتها ، فتصاب بما يسمى محليا : « مزأة »[٥٤] ، ويقوم المعالج فى هذه الحالة

---

(٥١) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (37).

(٥٢) د . حسن الخولى ، مرجع سبقت الإشارة إليه ، ص (٤٠٠) .

(٥٣) المسح الصحى ، مرجع سابق الذكر .

(*) تنتشر الدعاية لهذا « المجبراتى » على حوائط المبانى بأحياء القاهرة والجيزة حتى الآن .

(٥٤) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (33).

بتدليك الظهر بزيت دافىء ، ثم يلف المريض فى « شال » من القماش السميك . أضف إلى ذلك أن كثرة سقوط الأطفال من الأماكن المرتفعة ، وتهدم بعض الجدران العالية القديمة ، وانتشار الحرائق فى البيوت ، واستخدام السلالم الخشبية الرأسية فى الصعود إلى الأسطح ، ينجم عنها زيادة إصابات كسور العظام . والملاحظ أن تلك الحالات لا يتوافر علاجها الرسمى فى الريف ، وإن توافر فبثمن باهظ لا يقدر عليه الفقراء . كما أن هذه الخدمات متوافرة فى المدن ولكن تكلفتها تفوق طاقة فقراء الأحياء الشعبية ، علاوة على أن العلاج الرسمى لها لا يحظى بما يحظى به علاج « المجبراتى » من ثقة واعتقاد ، وبالتالى يزداد اللجوء إليه . والملاحظ أن أبناء ريف العياط وبادية الصف بالجيزة يعتمدون على « مجبراتى » — بقرية الكداية /الصف — جاوزت شهرته حدود المحافظة ككل ، لمهارته وخبرته ، واضطلاعه بالعلاج دون أجر نقدى أو عينى(*) . ولذلك بذ أطباء العظام بمدينتى الصف والعياط وهدد استمرار عياداتهم الخاصة ، حتى حاول أحدهم استقطابه وتشغيله معه فى عيادته بالمرتب الذى يحدده هو ، فرفض « المجبراتى » العرض .

والواقع أن ممارسة تجبير العظام ليست مقصورة على مجتمعنا المصرى ، بل تعرفها كذلك بعض المجتمعات التى تتوافر فيها الإمكانيات المادية بسهولة ويسر كالمجتمع السعودى مثلاً ، حيث تنتشر سائر الخدمات الصحية الرسمية حتى فى المناطق النائية ، ومع ذلك فقد دان الميدان الصحى العام بالسيادة لهذا النوع من الممارسة ، حتى أن أهل المصاب بكسر فى حادث مثلاً لا يوافقون على بقائه فى المستشفى — على ما فيه من إمكانيات — ويصرون على أن يتولى علاجه « المجبر »[٥٥] . ويبدو أن التجبير هناك قد أثبت فعالية كبيرة ونجاحاً ملحوظاً فى معظم حالات الكسور ، باستثناء الكسور فى الظهر والجمجمة .

أما أكثر الممارسات الشعبية تغلباً على الخدمات الصحية الحديثة فتتمثل فى التوليد على يد الداية ، والعلاج والجراحة على أيدى الحلاقين . فمن السهل فى مجتمعنا المصرى — ومجتمعات العالم الثالث عموماً — أن نلاحظ مدى تغلب

(*) انظر التفاصيل الميدانية فى الفصل الخامس من دراستنا « الجوانب الاجتماعية » سابقة الذكر .
(٥٥) على المكاوى ، الثبات والتغير فى العادات والمعارف ، مرجع سابق ، ص ٣٢ .

« الداية » على المولدة القانونية ومساعدة المولدة والممرضة . وهذا لما تتمتع به الداية من مهارة فى التوليد ، وتلقائية فى التعامل ، وزوال الفوارق الاجتماعية بينها وبين الواضعة ، ولما تقوم به من رعاية للأم والوليد بعد الوضع ، فضلاً عن أنها تواسى ذات الحمل وتخفف عنها الآلام ، وتشجعها على تحمل آلام الوضع بترديد الأمثال الشعبية والأغانى والحكم ... إلخ .

ولا تزال الداية فى الريف المصرى تحتكر سوق التوليد ، لما تقدمه من تسهيلات للحامل يصعب أن توفرها خدمة التوليد الرسمية ، فهى تترك الحامل فى حرية كاملة فى تحديد كيفية الوضع ، أو مكانه ، سواء كان على السرير أو على الأرض ، وهى لا تصر على استحمام الوليد إذا ما اعترضت الأم[٥٦] ، ولا تتأخر عن ذلك إذا طلب منها كما أنها تبذل كل جهدها للعمل على راحة الوالدة وطمأنتها والتكيف معها ، كما أن لديها وعياً كاملاً بتباين الاتجاهات والتوقعات والحاجات المطلوبة فى أثناء عملية الولادة ومدى أهميتها .

وتشير بعض الدراسات إلى أن هناك خدمة « التوليد الرسمية » التى تدرب عليها عدد من العاملات بالوحدة الصحية الريفية تدريباً حديثاً ، ومع ذلك فلا تزال القوابل يحظين بنصيب الأسد من الولادات ، على الرغم من وقف تراخيص مزاولة المهنة لهن منذ عام ١٩٦٩ . ويقدر عدد القوابل فى ريف مصر بحوالى عشرة آلاف قابلة يقمن بحوالى ٨٠٪ من نسبة الولادات فى الريف والمدن[٥٧] . وتشير دراسة نوال المسيرى إلى أن القوابل يتولين حوالى ٩٤٪ من حالات الولادة فى القرى المدروسة[٥٨] ، وما زالت القوابل موضع ثقة كبيرة للنساء سواء فى حالات توليدهن ، أو فى معالجة خصوصياتهن . وبالرغم من أن وزارة الصحة قد أعدت برنامجاً تدريبياً للقوابل بعد إلغاء تراخيصهن عام ١٩٦٩ لتوظيفهن فى الوحدات الصحية ، إلا أن كثيراً منهن قررن أن التدريب الأساسى قد تلقينه على يد القابلة .

ولقد أجمع العاملون بالرعاية الصحية بنوعيها الرسمي والشعبي على أن القابلة

---

(٥٦) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (22).

(٥٧) المسح الصحى ، مرجع سابق .

(٥٨) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (19).

تقوم بخدمات صحية حيوية بالقرية المصرية ، فهى تقوم بالتوليد والرعاية للأم والوليد حتى اليوم الأربعين للولادة ، وتصف الدواء للشاكيات من تأخر الحمل أو العقم أو الحمل المتأخر ، وتساعد الحوامل على التخلص من الحمل غير المرغوب فيه بالإجهاض أحياناً ، علاوة على قيامها بختان البنات ، وإعداد العروس يوم زفافها ، حتى الإشراف على إعلان عذريتها(٥٩) ، وتقوم فوق كل ذلك بأداء « الدور الطقسى » فى الولادة والتسمية والسبوع ... إلخ .

أما الحلاق الذى يساهم فى تقديم الخدمات الطبية الشعبية فهو « حلاق الصحة » الذى يمارس مهنة تقليدية توارثها الأسر زمناً طويلاً . وقد سادت المهنة فى مصر خلال القرن التاسع عشر ، وأوائل القرن العشرين ، حيث كانت السلطات الصحية الرسمية تعتمد على حلاق الصحة كقوى بشرية مدربة ، توارثت الخبرة عن الآباء . ويقوم حلاق الصحة بحلاقة الشعر والتزيين ، وإجراء بعض العمليات الجراحية البسيطة(٦٠) ... ، كما يتولى عمليات ختان الذكور .

وقد كانت السلطات الصحية تحترمهم وتحترم تدريبهم وخبراتهم التقليدية ، وكنا نجد بعض حلاق الصحة فى الريف ينخرطون فى النسق الصحى الرسمى ، كما يقوم الحلاقون فى الحضر بتقديم الخدمات الحصية . وصار الحلاق يساعد الأجهزة الصحية فى توفير الإسعافات الأولية ، وإصدار شهادات الميلاد والوفاة ، والإبلاغ عن الولادات والوفيات فى القرى والمناطق التى تخلو من الوحدات الصحية ومكاتب الصحة .

ومع انتشار الخدمات الصحية الرسمية بالريف والحضر وقف تراخيص جميع حلاق الصحة والقوابل منذ عام ١٩٦٩ ، ومع ذلك فلا يزالون يقدمون خدمات صحية عديدة مثل فتح الخراريج ، وخياطة الجروح ، ووصف العلاج التقليدى والحديث ، وإعطاء الحقن ... إلخ ، سواء كانت لديهم تراخيص سابقة بمزاولة المهنة أو لم يكن لديهم . وصار من المعهود فى الريف عموماً أنه كلما تقدمت السن بالحلاق هجر مهنة الحلاقة ، وتفرغ لإعطاء الحقن وختان

(٥٩) انظر : Ibid, PP. (23 - 26).

(٦٠) المسح الصحى ، مرجع سبقت الإشارة إليه .

الأولاد ووصف الأدوية ... إلخ ، واستبدل « علبة الحقن » « بشنطة الحلاقة »[٦١] .

وتدل الشواهد على أن حلاق الصحة يعطى حقن العضل وحقن الوريد للريفيين ويتولى تشخيص مرضهم بنفسه ، ووصف الدواء اللازم ، وغالباً ما يكون الدواء فى شكل حقنة . ويتباهى الحلاق ويدل بقدرته على تحديد أعراض أى مرض وتشخيص أى نمط من العلاج ، كما يقوم الحلاق بعلاج أمراض العيون ، ومتاعب الأذن وآلامها وأمراض الجلد[٦٢] . وتشير إحدى الدراسات إلى أن حلاق الصحة يتمتع بمهارة عالية فى علاج الخراريج بالذات لا تكاد تتوافر للطبيب الرسمى نفسه ، ولذلك يلجأ إليه القرويون لرخص أجره ، ولقربه منهم فى أى وقت مما ييسر أمر استدعائه للتغيير على الجروح[٦٣] . ولا يزال حلاق الصحة موضع ثقة الناس لقدرته على التمييز بين الخراريج الدائرية Circular Abscesses والمستطيلة Elongated Abscesses .

وكان من بين العوامل التى ساعدت على توسيع دائرة نشاط حلاق الصحة على حساب الخدمات الصحية الرسمية ، أن السلطات الصحية أفسحت له الميدان وانسحبت هى منه ، حين حظرت على الأطباء بالوحدات الريفية خياطة الجروح . وهكذا انفرد حلاق الصحة فى الريف بهذا النشاط ، وأصبح يقوم بهذا النوع من العمليات يومياً ، ويغطى حاجة القرويين المستمرة إلى خياطة الجروح القطعية الصغيرة ، ليوفروا على أنفسهم مشقة السفر إلى المدينة طلباً لهذا النوع من الخدمة ، ويوفروا على أنفسهم أعباء تكاليف فوق طاقتهم الاقتصادية المتواضعة[٦٤] ، ويضمنوا سرعة الإسعاف .

ويجدر بالذكر أن محاولات الحكومة لدعم الممارسة الشعبية وتطويرها كانت أحياناً أكثر توفيقاً من جهودها فى حربهم . وعلى سبيل المثال فقد كانت السلطات الصحية فيما مضى تنظم برامج تدريبية ، وتعقد امتحانات دورية لحلاق الصحة لإجازتهم رسمياً ، حتى صاروا بالتقادم ملامح رئيسية فى الرعاية

(٦١) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص (٣٢٠) .
(٦٢) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., PP. (31 - 32).
(٦٣) انظر : Ibid, P. (32).
(٦٤) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص ٥٠٤ وما بعدها .

الصحية الريفية(٦٥) . حتى كان إلغاء الترخيص الرسمى للحلاقين والقوابل : فمع أنه لم يقض على نشاطهم غير الرسمى — بل ولم يحد منه — إلا أنه حرمهم من فرص التدريب الرسمى ، وفوّت عليهم فرصة اكتساب الخبرات الحديثة ، فى الوقت الذى ظلوا فيه يمارسون دورهم لسد عجز النسق الطبى الرسمى عن بسط خدماته بصورة شاملة ومناسبة لدخول الفقراء .

وإذا كانت الخدمة الصحية الرسمية قد نشطت لمقاومة الطب الشعبى ، فقد راح هو يطور نفسه ويتكيف مع الوضع الجديد ، ويستمد منه مقومات رسوخه واستمراره ، وهى طبيعة جوهرية للمعتقد الشعبى(٦٦) . والدليل على ذلك أن دخول الخدمات الصحية الرسمية عمق المجتمع الريفى والبدوى بمصر ، جعل المعالجين الشعبيين منذئذ يعتمدون على الطب الحديث ذاته فى تدعيم مركزهم . وقد تمثل ذلك فى اكتساب بعض الحلاقين وعمال الوحدات الصحية مهارة جديدة فى خياطة الجروح ، وفى إجراء بعض العمليات الجراحية البسيطة كاستئصال اللوزتين ، وفى توليد النساء ، حتى صار معظمهم أكثر شهرة من الأطباء فى التوليد مثلاً ، وفى علاج الشلل بالحجامة ، مع استخدام الأدوات الطبية الحديثة كالمشرط والسرنجة والإبرة ، ونزع كمية دم من المريض لعلاج ارتفاع الضغط والصداع وعلاج أمراض الأطفال المختلفة بالأدوية الحديثة . وصار بعض عمال الوحدات الصحية والعيادات الخاصة بالمدن ، يفتتحون عيادات خاصة فى قراهم ويلقبون بالأطباء ، ويلجأ إليهم المرضى . وهكذا يستمد الطب الشعبى فى مصر معرفته وخبراته من الطب الرسمى ويستفيد منه فى تدعيم استمراره وانتشاره وإن كان فى شكل مهجن يجمع بين الإثنين ، مثلما حدث فى نيجيريا مثلاً(٦٧) .

(٣) نمط المهادنة والتعايش بين نوعى الخدمات الصحية :

تشير دراسة المعتقدات والمعارف الشعبية حول الجسم الإنسانى وصحته ومرضه إلى أن تعرض المعتقد لرياح التغير العاتية يدفعه إلى أن يتخذ موقف النخيل حين تقاوم الريح وإن كانت تميل معها . حقا لقد راح الطب الشعبى

(٦٥) انظر :
...al El Messeri, op. cit., P. g.

(٦٦) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مصدر سابق ، ص ٢٤٥ .

(٦٧) على المكاوى ، الطب السحرى ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤٨٠ .

يتشبث بالأرض مستمداً رسوخه من جذوره الضاربة فيها ، ولكنه تشبث واع في صورة تكيف متعمد تلجأ إليه العقلية الشعبية لضمان استمراره في الوسط الجديد وبقائه[٦٨] ، صحيح أن الممارسين الشعبيين قد أعلنوا على الطب الرسمي حرباً بحرب ، ولكننا رأينا بعضهم كالحلاقين مثلاً يسعون إلى النسق الصحى الرسمي للالتحاق به والإفادة منه .

لقد أسفرت المواجهة بين الطب الرسمي والشعبي في أحد مظاهرها عن نوع من التعايش والمهادنة ، فهؤلاء هم الممارسون الشعبيون على اعتزازهم البالغ بأهمية خدماتهم الصحية ، وإدلالهم بخبراتهم وتجاربهم الطويلة ، لا يرون بأساً من الإفادة من الطب الرسمي في أدائهم الوظيفي لأدوارهم ، فضلاً عن وعيهم بحدود قدراتهم ، ولا يتحرجون من إحالة الحالات المستعصية عليهم إلى الأطباء .

وهكذا وجدنا حلاق الصحة الذى كان فارس الميدان الطبى فيما مضى بلا منازع ، لا يجد غضاضة في أن ينصح المريض باللجوء إلى الطب الحديث إذا عجز عن علاج حالته ، أو تهيبها[٦٩] ، كما أن كثيراً من الحلاقين الممارسين قد اكتسبوا خبراتهم بالوراثة عن آبائهم ، واكتسبوا البعض الآخر من النسق الطبى الرسمي ذاته . والتعايش واضح هنا إذن من المزج بين المصدر التقليدى للخبرة الطبية ، والمصدر الحديث سواء كان تدريباً رسمياً للحصول على ترخيص مزاولة المهنة ، أو العمل بعيادات الأطباء[٧٠] .

ومن ناحية أخرى فإن حلاق الصحة يجسد حالة التعايش بين نمطى الخدمة الطبية حيث يستخدم معالجاته وعقاقيره الشعبية في الوقت الذى يستخدم فيه الأدوية الحديثة كذلك ، ونسوق الدليل على ذلك من وادى إيكا Ika بيزو ، حيث انصهرت تماماً العناصر الطبية الحديثة مع النظام الطبى التقليدى[٧١] ومن بين تلك العناصر الحديثة الحقن والأدوية الحديث ، واختلطت الأفكار التقليدية

---

(٦٨) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص (٢٤٥) .

(٦٩) المسح الصحى ، مرجع سبق ذكره .

(٧٠) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (30).

(٧١) انظر : Una Maclean, op. cit., P. (141).

بالأفكار الحديثة عن الفيتامينات والميكروبات ، وصار القائمون بالخدمات الصحية الشعبية والرسمية موضع استشارة الناس . ولا يزال ممارسو الطب الشعبي دائبين على نشاطهم فى نيجيريا ، بل إن من اليسير أن نلتقى بممارساتهم فى داخل قسم الاستقبال بالمستشفى الحديث ، وكذلك فإن للبربر أنشطة وممارسات طبية شعبية ، يجددون فيها دائما[٧٢] ، وهم ينتظمون فى جماعة مهنية تحافظ على الممارسة الشعبية ويرأسها أمهرهم أداء وأكبرهم سناً .

وفى أفريقيا الاستوائية أظهرت المؤتمرات الصحية حول الممارسين الطبيين الشعبيين تردد الكثير من أهالى توجلاند Togoland عليهم للخروج من أزماتهم والتخفيف من توتراتهم ، وكثيراً ما يوصى الممارسون مرضاهم بالذهاب إلى المستشفى طلباً للعلاج الطبى الحديث . كذلك فقد ساد الاعتقاد عند النافاهو Navaho ، فى أهمية تقديم الخدمات الصحية فى إطار علاجى (طبى حديث) وروحى (تقليدى)[٧٣] . ومن هنا صار مألوفا أن يلجأ المرضى إلى الأطباء ، ويترددوا على المعالجين الروحيين فى ذات الوقت .

وفى ريفنا المصرى فإن الحلاق يضطلع بتشخيص المرض ووصف الدواء ، والقيام بعملية العلاج نفسها ، حتى إذا عجز عن العلاج آثر السلامة ، وأحال مريضه إلى طبيب المركز ، أو المستشفى المركزى بالمدينة[٧٤] ، وبالإضافة إلى ذلك ، فإن الحلاق يعالج بالطريقة التقليدية والحديثة ، بل إنه يستخدم الأدوات الطبية المعاصرة كالمشرط Scalpel والمفصد Lancet ، ويستخدم كذلك الميكروكروم ، والبنسلين ، والحقن المختلفة ، وقطرة العين ، وماء الأكسوجين والشاش وغيرها ، ومع ذلك فإنه يتهيب نوعين من الخراريج بمنطقتى الشرج ، والصدر بالقرب من الرئتين ، ويحول أصحابها إلى الأطباء .

وأما القوابل فإنهن يجسّدن التعايش بين الخدمات الصحية بنوعيها فى بعض البلاد النامية ، فى بيرو تنصح القابلة (البارتيرا) حالات الولادة المتعسرة باللجوء إلى المستشفى ، ويحدث نفس الشيء فى المكسيك أيضاً[٧٥] حتى أن

(٧٢) على المكاوى ، الطب السحرى ، مرجع سابق ، ص (٤٧٩) .
(٧٣) انظر : Margaret Read, op. cit., PP. (22 - 23).
(٧٤) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (31).
(٧٥) انظر : Margaret Read, op. cit., PP. (67 - 68).

إحدى الدراسات المكسيكية حاولت جمع المعلومات التوليدية من البارتيرات ، لاستخدامها فى المقررات التدريبية لهن فى الحضر . كذلك فإن الحوامل فى بيرو ، وجواتيمالا يستشرن الداية والطب الحديث ، ويجرين بعض التحاليل والفحوص الطبية الحديثة قبل أن تولدهن الداية[٧٦] . وتتم تلك الخطوات معاً ، وبلا حدود فاصلة بين إحداها والأخرى .

وفى غانا فإن الممارسين الشعبيين يتعمدون الاحتكاك بالأطباء الأمريكيين أو الهنود تلمساً منهم للمعلومات الحديثة والمعارف التى توسع دائرة إدراكهم ووصفاتهم العلاجية[٧٧] ، ولذلك فإنهم يفخرون بتقديم خدماتهم الصحية مثلما يؤديها الأطباء فى علاج حالات العقم والعنة والجذام ، وأمراض النساء ، والتشنجات Convulsions والجنون (الأمراض العقلية) وروماتيزم المفاصل Rheumatoid Arthritis والأمراض التناسلية وضيق التنفس Stricture . وهذا ما يؤكد التعايش بين الطب الرسمى والطب الشعبى ، وحرص كليهما على الإفادة من الآخر ، كما وضح لنا فى المكسيك وجواتيمالا ومصر .

وتتضح لنا إحدى صور التعايش بين نوعى الخدمة الرسمية وغير الرسمية فى الريف المصرى أيضا من خلال القابلة : ذلك أن هناك أساليب تقليدية وراثية لاكتساب الخبرة بالتوليد من الأم أو الجدة ، علاوة على الأساليب الرسيمة التى يوفرها النسق الصحى الرسمى للقوابل ، من تدريب بمدرسة التوليد لمدة تسعة أشهر على التوليد والصحة العامة وصحة الأم والطفل ، وكيفية التصرف إزاء حالات الولادة المتعسرة والحالات المعقدة منها[٧٨] . كذلك فإن بعض الممرضات اللاتى يعملن بالوحدة الصحية أو عيادات الأطباء ، يحترفن القبالة ويمارسن التوليد ، بعد أن أفدن من الأساليب الرسمية الحديثة .

وتضطلع الداية بأداء الخدمات الصحية غير الرسمية فى الريف للحوامل والمرضعات وحديثات الزواج والعواقر والراغبات فى التخلص من الحمل ... إلخ . فإذا ما حدث للسيدة نزيف خفيف فإن الداية تنصحها

---

(٧٦) انظر : Una Maclean, op. cit., P. (141).

(٧٧) انظر : Una Maclean, op. cit., P. (138).

(٧٨) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (19).

باستشارة الطبيب المتخصص ليصرف لها مقويات ، فإذا ما زادت غزارة النزيف استدعت الداية الإسعاف واصطحبتها إلى أقرب مستشفى ، حيث تقوم هناك بكل الترتيبات اللازمة مع الطبيب المعالج والمستشفى على السواء .

كذلك فإن الداية تنصح فى حالات إخفاق الحمل باللجوء إلى الطبيب لربط الرحم وتثبيته ، وإذا كان الإجهاض ناشئاً عن مرض تناسلى ، فإنها تنصح الزوجين بالعلاج عند الطبيب المختص ، كذلك فإنها تستدعى الطبيب فى حالات الولادة المتعسرة ، أو تصطحب الحامل إلى عيادته لتوليدها ، وقد يشير عليها الطبيب بضرورة إجراء العملية القيصرية ، ويمضى به الحديث إلى بعض الجوانب التشريحية فى الجسم ، وبعض المعلومات الطبية الحديثة ، فتصادف من الداية أذناً واعية ، فتكتسب خبرة جديدة ، وتضيف إلى رصيدها معرفة إضافية أخرى(٧٩) . والواضح من هذا التعايش أن الأطباء أيضاً يشجعون الدايات على اللجوء إليهم فى الحالات المتعسرة ، كما باتت الدايات أنفسهن تؤثرن خبرة الطبيب الحديثة ، ويؤثرنه بتلك الحالات عن رضى واقتناع .

* * *

رابعاً : تجارب بعض المجتمعات النامية فى الإفادة من الخدمات غير الرسمية :

تتميز الخدمات الصحية التى يقدمها الطب الشعبى بأنها رخيصة الثمن ، قليلة التكلفة تراعى فى نظرتها إلى الإنسان نواحى أخرى روحية ونفسية وأخلاقية واجتماعية ، فضلاً عن الناحية العضوية(٨٠) . ولعل ذلك هو سر اهتمام الأوساط الطبية الرسمية بالطب الشعبى ، حتى أن أحد خبراء منظمة الصحة العالمية صرح بأن التأكيد على الجوانب الأخلاقية والروحية هو الذى يكسب نظام الرعاية الصحية أبعاداً جديدة وهو أمر يفتقر إليه الطب الحديث ، وعليه أن يسعى لتحقيقه فى المستقبل ، كما تصدر دعوات غربية فى الوقت الراهن ، للاعتماد على النفس فى أساليب الرعاية الصحية والاهتمام بالجانب

(٧٩) انظر : [illegible]al El Messeri, ibid, PP. (24 - 25).

(٨٠) د . السيد فهمى الشناوى ، التداوى بالأعشاب ، مرجع سابق ، ص (٤١) .

الأخلاق فى الإنسان لمناهضته المشكلات المرضية التى تزداد حدة يوماً بعد يوم[٨١] . ومعنى ذلك أن الطب الحديث لا يزال قاصراً فى بعض جوانبه مما يضفى أهمية على الطب الشعبى الذى يغطى هذا القصور .

وتعتبر تجربة الصين مثالاً واضحاً على توجيه القيادة السياسية لجميع السكان ، نحو الوقاية من المرض ، والرعاية الصحية ، من خلال مزج الأساليب الحديثة والأساليب التقليدية معا ، وخلق نوع من الرعاية الصحية يتناسب مع ظروف المجتمع الصينى[٨٢] . وفى أوائل الخمسينيات والستينيات أثارت الحملات الصحية اهتمام الجماهير للمشاركة القومية فى برامج الرعاية الصحية ولا سيما فى الريف الذى يضم ٨٥٪ من السكان ، وانتشرت المراكز والمحطات الصحية فى العمل والكميونات لدرجة مكنت الصين من خلق شبكة شاملة ومحكمة لتغطية الأقاليم الصحية كلها ببرنامج متكامل للرعاية الصحية الأولية[٨٣] . وتلزم الصين أطباء المستشفيات الحضرية بقضاء مدة معينة فى الريف لتدريب الذكور على بعض الأساليب الحديثة والتقليدية للرعاية الصحية . ويلعب « الأطباء الحفاة » دوراً رئيسياً فى توصيل الخدمات الصحية الأولية للريف[٨٤] ، وهم يختارون من بين أعلام المجتمع الريفى القادرين على التأثير فيه ، والملمين بظروفه الاجتماعية وثقافته السائدة .

ولا تزال الصين حتى الآن تمارس العلاج بالإبر Accupuncture ، وتعتبرها نوعاً من الطب الشعبى الخاص بها ، كما أنها تعالج بعض المرضى بالأعشاب الطبية دون الخلاصات[٨٥] علاوة على وجود مستشفيات جامعية متخصصة فى الطب الشعبى فى الصين وكوريا[٨٦] .

---

(٨١) انظر : Caroline Cox, op. cit., P. (114).

(٨٢) عامر بن يوسف ، الخدمات الصحية فى الدول النامية ، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ، ع ٣٢ ، القاهرة ، يوليو ١٩٧٨ ، ص ٤٧ .

(٨٣) ماجدة حافظ ، مرجع سابق ، ص ص (١٧٠ — ١٧١) .

(٨٤) د . هبة نصار ، دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية فى مصر ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية الاقتصاد بجامعة القاهرة ، ١٩٨٣ ، ص ١١٨ .

(٨٥) د . السيد فهمى الشناوى ، مرجع سابق الذكر ، ص (٤٢) .

(٨٦) المسح الصحى ، مرجع سبقت الإشارة إليه .

أما تجربة تنزانيا فقد اعتمدت على نشر الخدمات الصحية الأولية من خلال الأساليب والأدوية البسيطة والتقليدية Simplified Medicine ، والمشاركة والاعتماد على النفس فى مكافحة الأمراض المعدية . وتشجع الحكومة الأفراد على إنشاء المرافق الصحية الخاصة بهم ، وتترك لهم اختيار العاملين فى المجال الطبى من منطقتهم ، لتوفير علاج الأمراض البسيطة ، وهكذا أمكن تقديم الخدمات الصحية لحوالى ١٣ مليون نسمة عن طريق مائة مستوصف يدعمها ٦٩ مركزاً صحياً و ١٢٨ مستشفى(٨٧) . وقد نجح البرنامج هناك نظراً لانتشار الوعى الصحى ، والاعتماد على الأساليب العلاجية التقليدية ــ قليلة التكلفة ــ بعد تطويرها ، وهكذا تمكن الأفراد من القضاء على بعض الأمراض البسيطة دون حاجة إلى طبيب .

وأما تجربة النيجر فإنها تتمثل فى اعتمادها على جهود المتطوعين لتغطية الاحتياجات الأولية لسكان المناطق النائية . وفى عام ١٩٦٣ تم تدريب أول فريق من « العمال الصحيين الريفيين » على عمليات العلاج الأساسية ، وتحسين الظروف الصحية ، وتطوير أساليب التغذية فى قراهم ، وفى عام ١٩٧٠ تكاملت المشروعات الرائدة ، وانتشر التدريب تدريجياً وبانتظام ، حتى كان للنيجر فى عام ١٩٧٤ حوالى ٧٨٠ عاملاً صحياً و ٤٦٧ مولدة ريفية ، وقلت بذلك النفقات إلى أدنى حد ممكن حتى كادت تقتصر على تكاليف البرامج التدريبية ، وبرامج تجديد المعلومات ، وأثمان المعدات الطبية ، ووقود سيارات نقل العاملين(٨٨) .

ويعد مشروع منطقة « مارودى » مثالاً واضحاً على نجاح هذه الفئة فى القيام ببعض الخدمات الصحية الأولية ، بعد قضاء فترة تدريب رسمى تتراوح ما بين ثلاثة أشهر وستة شهور(٨٩) حيث استهدف المشروع القضاء على الأمراض المعدية والخطيرة وعلى الطفيليات ، وعلى سوء التغذية المنتشر بين الأطفال . وقد بدأ المشروع المذكور بفتح الصيدليات ، وتدريب العمال الصحيين الريفيين والمولدات ، وتشرف على الصيدلية ممرضة من أقرب

(٨٧) عامر بن يوسف ، مرجع سابق ، ص ص (٤٨ ــ ٤٩) .
(٨٨) المصدر السابق ، ص (٥٢) .
(٨٩) د . هبة نصار ، مرجع سابق ، ص (١١٩) .

مؤسسة صحية ، وتتغير كل شهر ، ومن واجباتها خلال نوبتها ملاحظة حالة النظافة العامة فى القرية ، وتزويد الصيدلية بما ينفد من الأدوية التى توزع بالمجان ، ومتابعة أداء عمال الصحة(٩٠) .

ويغلب على تجربة باكستان الاستفادة الكاملة من خدمات الطب الشعبى ، حيث يوجد ٣٦ ألف ممارس شعبى ، منهم ألفان من النساء ، وقد تخرج هؤلاء الأطباء الشعبيون بالفعل فى تسع كليات طب ، تعرف بكليات الطب الشرقى ، كما أنشأت الحكومة مجلساً قومياً للطب الشعبى على غرار المجلس القومى للطب الحديث ، ويختص هذا المجلس بوضع المعايير وعقد الامتحانات ، وتحديد المناهج الدراسية — على مدى أربع سنوات — وتشمل تاريخ الطب ، وعلم العقاقير ، وعلم التشريح ، ووظائف الأعضاء ، وعلم النفس ، وطب المجتمع ، وعلم الأحياء الدقيقة ، ومبادىء الجراحة ، والأمراض المعدية ، والتوليد وطب الأطفال(٩١) ، وترسل الطالبات إلى مستشفيات التوليد لتلقى التدريب العملى على مدى ستة أسابيع ، ويدرس الطالب كيف أن الإنسان كيان عضوى وروحى ويعطى جرعات مركزة من الدين والإيمان ، ويطلب إليه أن يتحلى به حتى يكون جديراً بثقة مرضاه .

وتجسّد تجربة الهند كيفية انتصار الدولة — مركزياً ومحلياً — على كثير من الأمراض ومن بينها « الدرن » ، وذلك باتباع نظام الطب الحر والتأمين الصحى(٩٢) علاوة على اعتماد الهنود بصفة عامة على الطب العشبى Herbal Medicine لمختلف الأمراض ، حتى أنهم يصدرون الأعشاب الطبية إلى الجزيرة العربية ، وبصفة خاصة فى موسم الحج .

* * *

---

(٩٠) عامر بن يوسف ، مرجع سابق ، ص (٥٢) .
(٩١) د . السيد فهمى الشناوى ، مرجع سبقت الإشارة إليه ، ص (٤٣) .
(٩٢) ماجدة حافظ ، مرجع سابق ، ص (١٧٤) .

خامساً : استخلاصات حول الاستفادة المثلى من الخدمات غير الرسمية :

تشير الدراسات القليلة حول الصحة والمرض فى الريف المصرى إلى ضرورة استيعاب الممارسين الطبيين الشعبيين فى النسق الصحى الرسمى ، أمثال القوابل والمجبرين وحلاق الصحة[٩٣] . ذلك أن التراخيص الرسمية التى كانت تمنح لهم من قبل — بعد اجتياز فترة تدريب مهنى رسمى — قد جعلتهم ينجحون فى أداء الخدمات الصحية ، علاوة على أن هذا الإجراء قد زوّد النظام الصحى ذاته بممارسين أكثر تأهيلاً وكفاءة من أولئك الذين اكتسبوا المهنة ببطء شديد ، ومن خلال الوسائل التقليدية ، ولسوف تفيد وزارة الصحة ، لو قدمت لهؤلاء جميعا مقررات تدريبية مرة أخرى ، وبخاصة وأنهم مستعدون دائماً للإفادة من التدريب واكتساب الخبرات والمعارف الجديدة .

وإذا كان لدى القوابل مفاهيم خاطئة حول تفسير المرض ، والتطورات الفسيولوجية والباثولوجية التى تصاحب تكوين الجنين ونموه ، وبعض الأخطاء الفنية الأخرى ؛ فإنها على أية حال ليست أخطاء مستعصية على التصحيح[٩٤] . إن تدريب القوابل تدريباً علمياً تحت إشراف السّلطات الصحية فى مقابل إعادة الاعتراف بهن ، ومنحهن تراخيص الممارسة ، سيؤدى إلى إعداد جيل من المولدات يتميزن بالقدرات الفنية والاجتماعية ، ويصلحن لعضوية الفريق الصحى المسئول عن تقديم الرعاية الصحية الأولية فى المناطق النائية التى تفتقر إلى الخدمات الصحية الرسمية ، فهناك ٤٠٢٨ قرية مصرية ليس فيها إلا ١٧٠٠ وحدة صحية ريفية[٩٥] .

إن الخدمات الصحية بنوعيها متاحة أمام الجماهير ، ولكن ثمة اعتبارات تقليدية وعادات تحكم عملية الاختيار ، وكذلك فإن مقدار ما يكنّه الفرد من ثقة ، لنوع دون الآخر ، يلعب هو الآخر دوراً رئيسياً فى تحديد نوع الخدمة المطلوب ، بالإضافة إلى الأشخاص القائمين بالخدمة ، ومدى سهولة الحصول على العلاج . فإذا نظرنا إلى الطب الشعبى ؛ وجدنا أدويته متاحة لدى

(٩٣) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (39) .

(٩٤) المسح الصحى ، مرجع سالف الذكر .

(٩٥) على المكاوى ، المعتقدات الشعبية ، مرجع سابق ، ص (٣٢١) .

العطار ، وقليلة التكلفة بالقياس إلى الأدوية الحديثة للخدمات الرسمية . وعلى هذا الأساس فسيبقى العطار ما بقيت الممارسات الشعبية للطب ، وما تعسر الحصول على الخدمات الصحية الرسمية ، ورغم الانتشار السريع والمتزايد للصيدليات الحديثة ، مما يحتم توفير الأدوية بالقدر الكافى حتى تستطيع الخدمات الرسمية أن تدخل فى منافسة حقيقية مع الطب الشعبى ذى الأدوية المتوافرة والعلاج الرخيص ، ذلك أن توفير الأدوية أمر أكثر حيوية وأهمية من أى تحسين آخر فى الخدمات الطبية[٩٦] .

إن الاهتمام بالريف المصرى ، وتعميم الخدمات الصحية الرسمية فيه واجب قومى يعوض غالبية سكان مصر عما لاقوه — ويلاقونه — من صراع مع المرض ، وندرة فى الخدمات الصحية الرسمية . وإذا كانت الوحدات الصحية تنتشر فى مصر بشكل يفوق الكثير من الدول النامية الأخرى ؛ إلا أن ذلك لا ينبغى أن يذهلنا عما وراءه من حقائق مأساوية ، فهى لا تزال عاجزة عن الوفاء بالمطالب الصحية لأهل الريف ، بالإضافة إلى ضآلة ما ينفق عليها من ميزانية الدولة بالمقارنة بمستشفى قصر العينى وحده مثلاً فإذا كان المعدل القياسى للإنفاق على الوحدات الصحية الريفية ٦٥٧٠ جنيهاً ، فى عام ٨٠ /١٩٨١ — وهو مجموع إنفاق البابين الأول والثانى — ومتوسط الإنفاق السنوى على المجموعات الصحية من أجور ومصروفات جارية ١٢,٣٠٠ جنيه سنوياً ؛ فإن تجديد قصر العينى تكلف وحده حوالى ١٧٠ مليون جنيه ، أى حوالى ١٨٢٦٥ ضعفاً لمجموع إنفاق البابين الأول والثانى على الوحدات الصحية الريفية فى العام الواحد[٩٧] ، وهى مقارنة تكفى فى ظاهرها المجرد لأن تكون دعوة صارخة إلى عدالة توزيع الإنفاق على الصحة .

ومن ناحية أخرى فإن الخدمات الصحية فى الريف لا تتجاوز فى كثير من الأحيان الطابع الشكلى ، كما أن السياسة الصحية هناك لم تتحرر بعد من النظرة الجزئية المحدودة إلى الأمور ، مما يعوق تحقيق الأهداف المرجوة : ففى ميدان مكافحة الأمراض المتوطنة والبلهارسيا — وهى المشكلة الصحية الأولى فى

---

(٩٦) انظر : Nawal El Messeri, op. cit., P. (40).

(٩٧) د . هبة نصار ، مرجع سابق ، ص (٢٤٢) .

مصر ــ فقد امتصت من الأموال والجهد ما امتصت ، فى البحث عن أفضل طرق العلاج والوقاية ، وعقدت الآمال الكبار على البحث عن استنباط طرق للتحصين ضد البلهارسيا والقضاء على قواقعها ، ومع ذلك فلم نجن من وراء ذلك كله نتيجة إيجابية ملموسة ، بل لقد زادت نسبة انتشارها خلال الخمسين عاما الماضية[٩٨] . ذلك لأن كافة الجهود لم توجه لجوهر المشكلة ، وهو التخلف الاجتماعى والاقتصاد للريف المصرى ، كما لم تبذل محاولة جدية للحل من هذه الزاوية .

★ ★ ★

---

(٩٨) د . أحمد مختار منصور ، الإنسان والمرض ، مصدر سلف ذكره ، ص ١١٣ .

الفصل الرابع

المستشــفى كنسـق ثقافى

الفصل الرابع

المستشفى كنسق ثقافي

مقدمة حول الوضع الراهن للمستشفى :

كانت المستشفيات (البيمارستانات) فى أول عهدها بسيطة ، ثم ازدهرت فى عهد الدولة العباسية وأصبح لها نظام دقيق ، فكان البيمارستان يضم أقساما مختلفة مجهزة ، يختص كل منها بعلاج مرض معين ، علاوة على الأقسام الإدارية ونظم الخدمة التخصصية وتوفير الدواء والغذاء والتموين والمالية ، ثم نظام التعليم الطبى[1] . وهكذا كانت معاهد علمية الى جانب كونها دورا للعلاج .

وفى المقابل كانت المستشفيات الأوربية فى العصور الوسطى طريقا إلى الموت ، بل كانت مكانا لموت هادىء مريح ، واعتبرت فى كثير من الأحيان مستودعا لسلب آمال المرضى فى الصحة والحياة[2] وهذا راجع بطبيعة الحال إلى التخلف الأوربى الواضح أيامئذ فى جميع المجالات والخدمات ، ومن بينها الخدمات الصحية .

أما اليوم فقد أصبحت المستشفى مأوى للمريض ، ومؤشراً دالاً على الصحة فى المجتمع ، ومكانا للبحث والدراسة ، وتدرس فيه أسباب المرض للوقوف عليها وفهمها من أجل الأصحاء والمرضى على حد سواء . ولذلك فإن أبرز واجبات المستشفى يتمثل فى التشخيص المبكر للمرض ، وتعميق معرفتنا بعوامل اضطراب الصحة ، وبالتالى العلاج السريع للمرض قبل استفحال آثاره . وهنا تظهر العلاقة الوثيقة بين الطب والمجتمع : فالطب شخص المرض وحدّد الأسباب ، وعيّن مظاهر الاضطراب فى الصحة وكيفية مقاومة المرض والوقاية منه ، وبقى على المجتمع إذن أن يستفيد من النتائج التى تسفر عنها

---

(١) د . محمد كامل حسين وآخرون ، الموجز فى تاريخ الطب . مرجع سابق ، ص (٢٢٧) .
(٢) د . أحمد مختار منصور ، الإنسان والمرض ، مرجع سابق ، ص ١١٧ .

العلوم الطبية[٣] . فإذا اكتشف الطبيب مثلاً علاقة الملاريا بالبعوض فقد انتهى واجبه ليبدأ واجب المجتمع فى التخلص من المستنقعات ، والأخذ بأسباب الوقاية المختلفة .

وإذا كانت المستشفى تقوم برعاية المرضى ، فان عملية الرعاية Caring تتضمن « علاقة » كما تتضمن العلاقة « موقفا » . وهكذا تتضح مسئولية علم الاجتماع والأنثروبولوجيا معا فى دراسة تلك المواقف الاجتماعية : أى دراسة السلوك الإنسانى بما يتضمنه من سمات فردية وموقف اجتماعى تؤثر فيه عوامل متعددة ويمكن صياغة ذلك فى المعادلة الآتية[٤] :

سلوك إنسانى = ف (سمات فردية + موقف اجتماعى) .

فالسمات الفردية (نفسية وجسمية) ، بينما الموقف الاجتماعى (بناء اجتماعى وثقافة) . وهكذا تساعدنا المعادلة فى مراعاة المستويات الأربعة للرعاية وهى : المستوى الجسمى ، والمستوى النفسى ، ومستوى البناء الاجتماعى ، والمستوى الثقافى . ومن الواضح اختلاف الأولوية فى هذه المستويات حسب الحاجة : فإذا كان المريض يعانى من ألم جسمى كالمغص الكلوى Renal Colic فإنه فى حاجة ماسة إلى إسعافه — أولاً — من المغص الذى يشغل كل تفكيره ، أما إذا كان ينتظر الجراحة أو الفحص الطبى فعادة ما يساوره الخوف والقلق والاضطراب ، ومن الطبيعى إذن أن تعطى الأولوية هنا لمواجهة التوترات النفسية . وتوضح لنا البحوث الصحية أن بمقدور الممرضات التحاور مع المرضى حول اضطراباتهم ومتاعبهم ، وتقديم المعلومات التى تهدىء من روعهم وتؤمنهم من الخوف[٥] . ومع ذلك فإن هذه الأولويات الجسمية والنفسية لا تنشأ فى فراغ ، بل فى سياق يساعدنا على فهم الاطار الاجتماعى للمرضى والمرض ، وهى مهمة تنتظر من المتخصصين فى علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الإسهام الأكبر فيها .

وعلى هذا الأساس فقد امتد الإهتمام السوسيولوجى والأنثروبولوجى إلى

---

(٣) المصدر السابق ، ص (١١٨) .

(٤) انظر : Caroline Cox, op. cit., P. 4.

(٥) انظر : Caroline Cox, op. cit., P. 5.

دراسة المؤسسات العلاجية كالمستشفيات والوحدات الصحية وغيرها ، بهدف وصف التنظيم ، والحكم على مدى كفاءته ، أو بهدف تحليل البناء الاجتماعى ، والتعرف على العلاقات الاجتماعية السائدة(٦) ، إذ من المعروف أن نوعية التنظيم والعلاقات السائدة بين الفريق المعالج والمريض تؤثر تأثيراً كبيراً فى عملية العلاج نفسها ، كذلك فقد راح علماء النفس والاجتماع يركزون على الاهتمام بتدريب الأطباء ، وممارساتهم ، ومكانة الممرضة ، وبنية المستشفيات ، كما اهتم الأنثروبولوجيون بدراسة المستشفى والتمريض ، تمهيداً لفهم العملية العلاجية(٧) . أما علماء السلوكيات Behaviorists فقد ركزوا فى دراساتهم على ثلاثة موضوعات رئيسية هى : المستشفيات والأطباء والممرضات . ويزداد هذا الاهتمام بازدياد حجم المجتمع وتعقده ، وانعكاس ذلك على المؤسسات الطبية ، فى العقود القليلة الماضية حدثت تغيرات جذرية فى بنية العمل بفعل التطورات العلمية والتكنولوجية ، كما تزايدت أعداد السكان ، وساهم ظهور التجمعات الحضرية الكثيفة فى تغيير مدى الطلب على الخدمات الصحية ونوعيته(٨) ، وأصبح على المؤسسات الطبية أن تستجيب لتلك الحاجات المتغيرة فى المجتمع الحديث ، وتشكل بالتالى شبكة من التنظيمات الطبية المتكاملة .

أضف إلى ذلك أن معظم الدراسات التى أجريت على المستشفيات كانت تعتبر المستشفى مجرد بناء فيزيقى يعالج المرضى بداخله ، ومن الطبيعى أن تؤثر هذه النظرة على طبيعة تناول الموضوع والمحاور الرئيسية فيه . ولكن يحق لنا هنا أن نتساءل : لماذا لا ندرس المستشفى ونفهمها كنسق اجتماعى وثقافى ؟ إن محاولة جدلية من هذا النوع خليقة بأن « تفتح الباب على مصراعيه أمام العديد من الأفكار الجديدة عن المرضى والقوى العاملة الطبية والعلاقات التفاعلية بينهما فى تعاملهما معاً وفى شكل مباشر »(٩) ، ولا شك فى أن الممرضة التى

(٦) د . نبيل صبحى حنا ، أنثروبولوجى فى العنبر ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، العدد الأول ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠ ، ص ٢٥٥ .

(٧) انظر : George Foster, Medical Anthropology, op. cit., P.164.

(٨) Dorthy Smith, The Role of Sociology Medicine in Jeannette Folta and Fdith Dech, op. cit., P. 53.

(٩) Madeleine Leininger, Nursing and Anthropology : Two Worlds to Blend, John Wiley & Sons INC., New York, 1970, P. 145.

اكتسبت هذا المدخل الجديد لفهم المريض والصحيح على السواء تستطيع أن تعدل أسلوبها فى التعامل مع المريض كفرد ، ومع مواقف المرضى كجماعة يعالجون بالمستشفى . ولعل النظرة إلى المستشفى كنسق اجتماعى وثقافى تدفع القوى العاملة الطبية إلى الإهتمام بالعوامل الأخرى المؤثرة فى آلام المريض ، ومرضه ، والشفاء ، والاتجاه العام نحو الآخرين .

ومن ناحية أخرى فإن المستشفى جزء من المجتمع الأصغر (القرية) أو الأكبر (المدينة) ويتعامل معها أغلب الناس مباشرة كمرضى أو كزائرين يعودون مرضاهم ، ويمكن الحكم على هذا التعامل إذا علمنا أن ١٠٪ من الناس يحتكون بالمستشفى مباشرة كمرضى فى كل عام(١٠) ، ولا يعنى هذا أن كل فرد يذهب إليها مرة كل عشر سنوات بل إن الكثيرين يذهبون إليها أكثر من مرة ، بينما لا يذهب البعض على الإطلاق . وترجع دلالة كلمة « المستشفى » — لكل فرد فى المجتمع — إلى نوع التجربة التى خاضها هو أو أحد معارفه فيها : فقد ترتبط التجربة بإنقاذ حياة عزيز ، أو المعاونة فى شفائه ، أو تكون مسقط رأسه أو الملجأ الأخير له ، كما قد ترتبط فى أذهان آخرين بإحدى الصفات كالنظافة أو العناية أو سوء الإدارة أو الزحام أو المعاملة السيئة ... إلخ .

ولا تنحصر علاقة أبناء المجتمع بالمستشفى كمرضى فحسب ، بل ربما كان أحدهم عضوا مشاركا فيه من خلال اشتغاله بمستشفى القرية أو المدينة . ومن ناحية أخرى فالمستشفى « مصدر » للخدمات التمريضية والعلاجية الأخرى ، وهى فى ذات الوقت « مستهلك » للسلع وتخضع بالتالى لتأثير عوامل العرض والطلب ، بالإضافة إلى أنها مركز للرعاية الطبية الحديثة ، ومصدر الاستعدادات والخبرات الطبية القصوى التى تهيء للمريض الرعاية السليمة وتعجل بشفائه .

وغنى عن الذكر أن الخدمات الصحية الرسمية حاليا إنما يقدمها فريق طبى ، يضم الأطباء والممرضات والصيادلة وأخصائيى الأشعة والتحاليل الطبية . وفى

---

(١٠) Water Boeh and K. Boek, Society and Health, G.P Putnam's Sons, New York, W. D., P. 202.

العالم الغربى المعاصر توجد معدلات عالية من المرضى يدخلون المستشفيات ليجدوا الرعاية والإشراف الطبى على أيدى فريق متكامل[11] ، على العكس من المجتمعات التقليدية حيث تفتقر الخدمات الصحية ــ غالباً ــ إلى الفريق الطبى المتكامل ، بل ينفرد المطبب الشعبى ــ وحده ــ بتقديمها ، أو حتى الطبيب الرسمى المعالج ، دونما مؤازرة باقى أعضاء الفريق له . وفى بعض الأحيان فإن المريض لا يدخل المستشفى إلا فى الحالات الحرجة للغاية[12] والتى يعجز الممارس الشعبى عن علاجها ، أو الحالات التى لا يجرؤ على التصدى لها ، كما فى حالات جراحة أنواع معينة من الخراريج بالصدر والشرج[13] حيث يصبح إقدام المريض على معالجتها ــ شعبياً ــ ضرباً من المخاطرة غير مأمونة العواقب .

وفى ضوء ذلك يتناول الفصل العناصر التالية :

أولاً : لماذا ندرس المستشفى كنسق اجتماعى وثقافى ؟
ثانياً : المستشفى نسق ثقافى .
ثالثاً : نماذج من الدراسات الأنثروبولوجية للمرضى بالمستشفى .
رابعاً : قضايا تثيرها دراسة المستشفى .

* * *

أولاً : لماذ ندرس المستشفى كنسق اجتماعى وثقافى :

ظلت الصورة العامة للمستشفى ــ لمدى زمنى طويل ــ تنحصر فى كونها بناء « فيزيقيا » يدخله المرضى للإستشفاء كما تركز اهتمام القوى العاملة الطبية ــ لزمن بعيد أيضا ، فى الممارسات الطبية المباشرة فقط من فحوص وتحاليل وأدوية وعلاج[14] دون أن يوجهوا بعض إهتمامهم إلى البناء الاجتماعى للمستشفى ، أو الثقافة الخاصة بها ، أو حتى العوامل الاجتماعية والثقافية التى

(١١) George Foster, Medical Anthropology, op. cit., P. 163.
(١٢) Una Maclean, Magical Medicine, op. cit., PP. 141 - 143.
(١٣) Nawal El Messeri, op. cit., P. 32.
(١٤) Madeleine Leininger, op. cit., P. 145.

تكمن خلف المرض ، وتحول فى بعض الأحيان دون البرء منه . وإذا كانت المستشفى هى مركز الرعاية الطبية الحديثة ـــ تلك الرعاية الطبية التى تدين فى نموها وإزدهارها لإنتشار المستشفيات وتوفيرها لفرص علاج معظم الناس على اختلاف إنتماءاتهم الاجتماعية(١٥) ـــ فإن المستشفى فى الوقت ذاته مصدر للخدمات التمريضية وغيرها من الخدمات العلاجية المتخصصة . ولهذا فإن تعامل الممرضة مع المريض محكوم بإطار دورها الطبى العملى فقط ، ودونما مراعاة لثقافته ، أو لخلفيته الاجتماعية أو التعليمية أو حتى لصعوبة موقف الصدمة الثقافية التى يعايشها إبان دخوله المستشفى حسبما نوضح لاحقا .

والجدير بالذكر أن علاج المريض بالمستشفى لا يتم على يدى الطبيب بمفرده ، وإنما يقوم به فريق متكامل يرأسه الطبيب حيث يصدر الأوامر ، ويتخذ القرارات الأولية ويوجه الأنشطة المختلفة للمساعدة المتخصصة فى العلاج(١٦) ، ومن بين هذا الفريق الممرضة التى تضطلع بالدور الأكثر أهمية . فهى الوحيدة التى يراها المريض كل يوم ، بل وعدة مرات يوميا ، ويطلب منها ما يريحه ويسعفه . ويأتى الأطباء بعد الممرضات من حيث القيام بالدور العلاجى الأكثر أهمية ، حيث نجد أكثرهم عادة ينفقون جل أعمارهم داخل المستشفيات يتابعون المرضى .

وإذا كانت المستشفى ـــ بطبيعة الحال ـــ معنية بعلاج الأمراض العضوية والنفسية والعصبية ، فإن الأطباء يجهدون فى تقديم الخدمة الصحية غالباً ، دون أن يلمسوا تقدما فى صحة المريض ، فتزداد حيرتهم ، لا سيما وقد سادت وجهة النظر الطبية التى تعزو كل الأمراض إلى الأسباب الفسيولوجية والبيولوجية(١٧) . ولم يكن أمامهم إلا التسليم بقصور أساليبهم العلاجية من ناحية ما ، أو بوجود أسباب أخرى وراء المرض . ونجحت بحوث الاجتماع الطبى فى تفسير هذه الظاهرة ، حينما أكدت على أن المرض ظاهرة اجتماعية من صنع المجتمع ، وأن الخلفية الثقافية تقف وراءه هى الأخرى بنفس القدر من الأهمية . كذلك أثارت هذه البحوث مشكلة معاملة الطبيب ـــ وأعضاء

(١٥) W. Boek and J. Boek, op. cit., P. 203.

(١٦) George Foster, op. cit., P. 164.

(١٧) Talcott Parsons, op. cit., P. 431.

النسق الطبى ـــ للمريض ككيان بيولوجى مادى فقط دون مراعاة لثقافته ولا لكيانه الاجتماعى ، ولا للجوانب النفسية للمرض .

يتضح لنا إذن مدى أهمية إسهامات الاجتماع الطبى فى دراسة المستشفى كنسق اجتماعى وثقافى ، وبلورة عوامل المرض والأصول الاجتماعية والثقافية الكامنة خلفه ، والبناء الاجتماعى للمستشفى ونمط العلاقات المهنية السائدة ، وأثره على تحسن المريض وفهم أسباب المرض . وتدل هذه الإسهامات أيضاً على أن المريض والطبيب يمثلان طبقات مختلفة ، وبالتالى رؤى متباينة لأسباب المرض . والخلاصة أنها تعتبر المنهج البيوفيزيقى (الطبيعى الحيوى) المحض فى تعليل المرض ، منهجاً قاصراً لا يراعى الطبيعة الاجتماعية والثقافية الفعالة فى أحداثه وانتشاره وتفاقمه ، أو فى الوقاية منه وعلاجه . فمعظم أمراض السل والحمى الروماتيزمية والكساح والأنيميا تحدث بين أفراد الطبقات الدنيا وخلال جميع مراحل العمر ، كما تحدث أمراض السكر والقلب وارتفاع الضغط بين الطبقات العليا . وهى أمراض تنشأ فى سياق يساعدنا على فهم الاطار الاجتماعى للمرض .

ولعل اعتبار المستشفى نسقا اجتماعيا وثقافيا يسهم فى حث أعضاء النسق الطبى على التركيز على العوامل الأخرى المؤثرى فى آلام المريض ومرضه ، وفى الشفاء والاتجاه العام نحو الاخرين . وبالتالى يساعد التناول النسقى فى فهم المرضى الذين يدخلون المستشفى ومساعدتهم(١٨) . ويقدم هذا الفهم مداخل جديدة لرعاية المرضى ، وأفكاراً جديدة عن دور الأطباء والممرضات والفنيين والعمال فى تدعيم النسق السلوكى بالمستشفى أو تعديله لتطوير أداء الخدمة الصحية .

والواقع أن هذا الاطار التصورى وجه دراستنا للمؤسسات الصحية ـــ وحدات ريفية ومستشفيات مركزية وعامة وتخصصية ـــ فى محافظة الجيزة ، بحيث ركزنا على ملامح النسق الاجتماعى للمؤسسة للوقوف على كيفية تأثيره على سلوك المرضى ، ومدى الاستفادة من الخدمات الصحية التى تقدمها ، وكذلك التعرف على تأثير هذه الملامح البنائية على أعضاء النسق الطبى من

(١٨) Madeline Leininger, op. cit., PP. 146 - 147.

حيث أنماط التفاعل بينهم ، وأساليب الاعتماد المتبادل والعلاقات المتداخلة بينهم وإنعكاس ذلك كله على طريقة أدائهم للخدمة(*) . وبالتالى نركز على طبيعة التفاعل بين الأطباء والممرضات والفنيين والعمال ، وعلى كيفية اكمال الممرضة لدور الطبيب فى العلاج ، وبالمثل دور هؤلاء الفنيين فى مؤازرة الطبيب فى التشخيص والعلاج . وكذلك تأثير العلاقات الودية بين أعضاء النسق الطبى وبين المرضى فى كفاءة الأداء المهنى للخدمة وتحقيق الشفاء . ثم نوضح علاقة هذا النسق المفتوح بالمجتمع المحلى والعام ، من حيث الاستفادة من المساعدات التى تقدمها الجهات الأخرى فى الخدمة كجمعيات أصدقاء المرضى والوحدات الاجتماعية ومؤسسات التأهيل الاجتماعى ورعاية المعوقين ... إلخ ، وأثر ذلك فى تحسين الخدمة الصحية .

وفى نفس الوقت نراعى طبيعة النسق الثقافى للمؤسسة لنقف على ما يحكمه من قيم ومعايير وتصورات ومعتقدات ورموز تؤثر على السلوك المهنى بين أعضاء النسق الطبى ، وبينهم وبين الجمهور المستفيد ، كأن نستعرض مثلا دور القيم والمعايير ، التى يتبناها الأطباء بمستشفى حكومى ، فى توجيه السلوك المهنى وتحديد طبيعة أداء الخدمة . إذ يترتب عليها أداء كفء للخدمة المجانية ، أو أداء شكلى لها . كذلك قد تثبِّط قيم كبار الأطباء من همم الأطباء الشبان ، أو تستحثهم على تجويد الخدمة للفقراء .

* * *

ثانياً : المستشفى نسق ثقافى :

سبقت الإشارة إلى المستشفى باعتباره نسقا ثقافيا Cultural System ذا معايير سلوكية خاصة ، وأنماط تفاعل فريدة[١٩] . وعلى الرغم من أن لبعض المستشفيات قواعد سلوكية بالغة الخصوصية ، بمعاييرها الثقافية الخاصة إلا أن من الممكن تحديد بعض الملامح الشائعة والعامة لكثير من المستشفيات ، مع مراعاة أن الدراسات الثقافية لنسق المستشفى لم تزل بعد فى أول الطريق[٢٠] ،

(*) راجع التفاصيل فى دراستنا عن الجوانب الاجتماعية سابقة الذكر ، الفصل الثالث .

(١٩) انظر : David Mechanic, op. cit., P. 369.

(٢٠) انظر : Madeleine Leininger, op. cit., P. 161.

ولا توجد دراسة متكاملة فى الموضوع ، ولا فى التراث العلمى المتاح ، علاوة على أن الأقلام العربية لم تطرق هذا المجال من قبل .

وينظر علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا إلى المستشفى على أنه مجتمع محلى صغير ذو ثقافة خاصة به ، ويركزون على دخول المريض إلى المستشفى ، وأثر ذلك على سلوكه واستشفائه ، ثم يجرون فى نهاية الأمر بعض الدراسات السريعة حول ثقافة المستشفى على نحو عام . وسوف نتناول النقطتين الأوليين بشىء من التفصيل .

(١) المستشفى مجتمع محلى ذو ثقافة خاصة :

يعتبر المستشفى مجتمعا محليا صغيرا له ثقافته الخاصة به . ولا يختلف هذا عن قولنا بأن القرية أو القبيلة مجتمع محلى ذو ثقافة خاصة ، وبالتالى يمكن اعتبار هذا التصور محكا يساعدنا على التمييز بين جهود علماء الاجتماع ، وعلماء الأنثروبولوجيا فى دراسة المستشفى ، فالمستشفى مجتمع ذو ثقافة ، إلا أن من الصعب تحديد ملامح تلك الثقافة علاوة على أن وحدات الدراسة أكثر ارتباطا بالثقافات الفرعية بشكل عام[٢١] . وعلى الرغم من حديثنا عن الثقافة الخاصة — الفرعية — لعنبر أو جناح من المستشفى أو للمعمل ، أو لحجرة العمليات ، أو سائر الوحدات الأخرى فى المستشفى الحديث ، إلا أننا نواجه بثقافتين فرعيتين أساسيتين دائما ، وهما ثقافة المريض Patient Culture من ناحية ، وثقافة القوى العاملة الطبية Staff Culture من ناحية أخرى . ويلاحظ أن الثقافة الأخيرة متشابهة إلى حد كبير بغض النظر عن نمط المستشفى ، بينما تختلف ثقافات المرضى فيما بينها اختلافا بينا .

واللافت للنظر أن تعامل القوى العاملة الطبية يوميا مع ثقافات المرضى — وعلى مدى سنين طوال — يتيح الفرصة لهم لتطوير تلك الثقافات ، على نحو يفوق غيرهم ممن يحتكون بها بشكل متقطع وغير مستمر . غير أن هذا التعامل اليومى للقوى الطبية مع ثقافات المرضى قد أتاح الفرصة لتطويرها ونموها فى المستشفيات العقلية أكثر من المستشفيات العامة ، وذلك لأن متوسط فترة إقامة

(٢١) انظر : George Foster, op. cit., P. 166.

المريض بالمستشفى العام — وهى حوالى أسبوع — لا تعطى فرصة كافية لهذا التطوير ، وعلى حين تطول المدة بالنسبة لحالات النقاهة والرعاية المركزة والمرض المزمن ، مما يسمح بتشكل ثقافات حقيقية للمرضى ، وإذن فالفيصل هنا هو طول الإقامة(٢٢) ، ولعل فى ذلك تفسيراً لتفضيل الأنثروبولوجيين لدراسة المستشفيات العقلية .

إن أى إنسان يدخل المستشفى ، لا يلبث أن يكتشف تنظيمه المعقد من خلال مجموعة المعايير المترابطة ، وذات ميل تخصصى . والمتوقع أن يتعلم المريض من خلال الملاحظة بالمشاركة الفعلية ، ومن وسائل الاتصال المتاحة ، حقيقة مجتمع المستشفى ، والوظائف التى تضطلع بها ، والمعايير الثقافية التى تحكمها بشكل عام(٢٣) ، وعلى المريض أيضا أن يتعلم الكثير عن الأنشطة التى ينبغى أن يقوم بها المتخصصون وغير المتخصصين بالمستشفى ، حتى يستطيع الإجابة السريعة على أسئلتهم : ماذا ؟ متى ؟ أين ؟ كيف ؟ ولا سيما إذا كان مرضه خطيرا .

وعلى هذا فإن ثقافة المستشفى تختلف عن ثقافة المجتمع ، وذلك لأن « هيئة التطبيب » مفاهيم ومصطلحات ومعايير وقيما وسلوكا تغاير الثقافة المحلية السائدة . ومن ناحية أخرى فإن المرضى يمثلون ثقافات عديدة تواجه جميعها ثقافة واحدة ، غريبة هى ثقافة المستشفى ، فإذا ماتأملنا مستشفى قصر العينى على سبيل المثال فإنه يضم هيئة طبية ذات ثقافة واحدة متشابهة إلى حد كبير ، ويضم فى ذات الوقت مرضى ذوى ثقافات ريفية وحضرية ، من الوجه البحرى والوجه القبلى ، من السواحل والبوادى ، من الذكور والإناث ، ومن الأطفال والشباب والكهول ... إلخ . ولا شك فى أن لكل فئة من هؤلاء ثقافة فرعية من الثقافة المصرية ، تختلف بالقطع عن ثقافة مجتمع قصر العينى . وكل هذا يدل على أن المستشفى مجتمع محلى له ثقافته الخاصة به ، وفى هذه النقطة بالذات يتضح مدى الإسهام الأنثروبولوجى .

---

(٢٢) انظر : Medical Anthropology, op. cit., P. 167.

(٢٣) انظر : Madeleine Leininger, op. cit., P. 161.

ولقد قام كنج King بإحدى المحاولات لتحديد الثقافة الخاصة للمستشفى ، بلور خلالها السمات العامة لهذه الثقافة فيما يلي[٢٤] :

١ ــ تفتقد العزلة والخصوصية Privacy .

٢ ــ تحتوى على تجهيزات ومعدات غريبة ولغة غريبة أيضاً .

٣ ــ تنطوى على إشارات وأصوات وابتسامات غير عادية .

٤ ــ تتضمن نظام حياة يومية لا يتغير Unvarying routines .

٥ ــ توجد بها قواعد ضمنية وصريحة ، تحدد ما هو مقبول أو مرذول من السلوك .

(٢) أثر دخول المريض المستشفى على سلوكه :

على الرغم من أن البناء التنظيمي للمستشفى يتيح نوعاً من الاتصال المباشر وغير المباشر بينه وبين الناس ، إلا أن هذا البناء وما يرتبط به من ثقافة خاصة لا يزال يضع بعض القيود على التعامل معهم : فوجود المريض بالمستشفى يؤدى إلى التغاضى عن بعض متطلباته الإنسانية ، لفقدان القنوات الاتصالية المناسبة للتعامل مع اهتماماته ومشاعره الشخصية[٢٥] . وقد استطاعت الدراسات الاجتماعية للمستشفيات العقلية زيادة وعى الطبيب النفسى بنوعية العلاقات الشخصية والبيئية بالغير . ولكن دراسات أخرى أجريت على المستشفيات العامة قد كشفت عن تباين بين تجربتى مريض بالمستشفى العام والمستشفى العقلى .

وقد حظى دخول المريض المستشفى باهتمام علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا والسلوكيات حيث درسوا ما يحدث للمرضى بعد دخولهم[٢٦] ، وكشفوا عن ظاهرة تنتج عن ذلك أسماها Brink و Saunders فى عام ١٩٧٦ بالصدمة الثقافية Cultural Shock . كما أشار كو Coe إلى نفس الظاهرة فى المستشفيات العامة فى عام ١٩٧٠ وأطلق عليها « الابتلاء بتجاهل أو ضياع الشخصية الفردية Ordeal Of Depersonalization » ، على حين وصفها براون Brown فى

---

(٢٤) Madeline Leininger, op. cit., P. 162.

(٢٥) J. Folta and E. Deck, op. cit., P. 56.

(٢٦) George Foster, op. cit., P. 170.

عام ١٩٦٣ بأنها عملية فقدان الإحساس بالهوية Loss of self-identity بينما اعتبرتها كوزر Coser فى عام ١٩٥٦ بمثابة فقدان التحكم فى الجسم والبيئة الطبيعية .

والواقع أن مريض الريف عندما يذهب للعلاج بالمستشفى الحضرى ، فإنه يفقد مفاتيح التعامل مع السلوك المناسب ، ويعانى أحياناً من مشكلة تباين اللهجات (ساحلية — بدوية — صعيدية — بحرية) ، وعدم الألفة مع عناصر ثقافة المستشفى ، ويعانى من توترات فى ردود فعله . ويواجه المريض عموماً (ريفى وبدوى وحضرى) صعوبة التفاهم بلغة المستشفى التى لا عهد له بها ، ولك أن تتصور حديث الطبيب أو الممرضة إليه : كيف حالك بالأمس؟ وهل شعرت بالراحة هذا الصباح؟ متى تناولت آخر BM ؟ (دواء) ، أنت إذن تنتظر EEG (مختصرات دالة على عملية رسم المخ Electro Enchephalo Gram) ، وبعد أن تستعيد صحتك قليلاً نجرى لك UA (تحليل بول Urine Analysis) ، ثم تستعد لآشعة X ... إلخ .

وتشير بعض الدارسات المتاحة إلى ضرورة تعلم مريض المستشفى كيفية التعامل مع عناصر ثقافتها المادية مثل مفاتيح الكهرباء ، والجرس ، ووضع الأسّرة فى الوضع المريح ، وكيفية تقديم عيناته للتحليل بالمعمل ، وكيفية استخدام أجهزة الجلوكوز والقسطرة ... إلخ ، وكذلك مع العناصر اللامادية كالمعانى والمصطلحات العلاجية والتشخيصية المتداولة عموماً . كما ينبغى توعية المريض بالعناصر الأخرى فى حياته اليومية كالأكل والشرب وجدول تطور الحالة ، وأنماط التفاعل مع المحيطين به .

وهناك دراسات أخرى راحت تتابع المخاطر التى يتعرض لها المريض أثناء العلاج التجريبى بالمستشفى ، والأساليب الحديثة للتعامل مع المرضى[٢٧] . فتوضح دراسة رينية فوكس R. Fox موقف هؤلاء المرضى ، ومدى اعتزازهم بمشاركة الأطباء الباحثين لهم فى العلاج والتكامل معهم . على حين تلفت دراسة يوليوس روث J.Roth الانتباه إلى مصادر سوء الفهم الذى يقع بين المرضى وأعضاء النسق الطبى فى مصحات الدرن ، حيث يختلف معنى الجدول

---

(٢٧) J. Folta and E. Deck, op. cit., P. 56.

الزمنى لتطور الحالة عند المريض والطبيب . فهو يعنى عند الطبيب جدولة الاختبارات والعمليات ، وإثابة المريض الذى يلتزم ببرنامج العلاج وتتقدم صحته . بينما يعنى الجدول عند المريض التحايل على إثبات تقدم الحالة باختلاق جداول مزيفة اعتماداً على الجو غير الرسمى السائد . وكان المرضى ينتظرون الإثابة حتى اعتبروها حقوقاً ثابتة ، كما اعتبروا المساس بهذه الجداول نقضاً للاتفاق الذى أبرمه المستشفى معهم .

ومن العوامل التى تؤثر على سلوك المريض فى المستشفى أنه يكتشف أن النسق الثقافى يركز السلطة فى يد جماعة الأطباء فقط ، وهناك محاولات تسعى لتحقيق العدالة فى توزيع السلطة واتخاذ القرار والمكانة والهيبة على الجماعات المهنية الأخرى كالممرضات . وفى تلك الحالات ينبغى على المريض الانصياع للسلطة ، واتباع التعليمات وتنفيذ التوجيهات الطبية ، ومساعدة الهيئة الطبية عموما(٢٨) . ومن ناحية أخرى فإن الهيئة الطبية تستخدم عديدا من الأساليب والطرق لتضمن تبعية المريض المطلقة لها ، ولذلك يسود الافتراض بأنهم يقصرون مساعدتهم على المريض الممتثل لتوجيهاتهم والمتعاون معهم . يضاف إلى ذلك مشكلة أخرى ، إذ قد يكون المريض — قبل مرضه — يمارس القيادة والإشراف على غيره ، فإذا هو فى المستشفى تابع يصدع بأمر الآخرين وتوجهه قراراتهم ، مما يسبب له معاناة وصراعا ، فإذا ما حاول ممارسة دوره القيادى — قبل المرض — فى المستشفى ، وطلب المساعدة قوبل بالإهمال أو الانتقاد أو الرفض .

وتوجب القواعد الضمنية للسلوك على المريض إبداء رغبته فى الانتقال من دور المريض إلى دور الصحيح ، وإذن فعليه أن يتكيف مع المستشفى وينصاع لأوامره طوال مكثه به . ويكشف هذا المعيار السلوكى واقع المريض ، فإذا أبدى سلوكا مغايرا اعترض عليه العاملون بالمستشفى وتحاشوه ، أو أحالوه — على الأقل — إلى أخصائيين من خارجه كذلك فإن ثقافة المستشفى تنظر إلى ذى السلوك المتمارض Malingering على أنه شخص جانح انحرف عن معايير السلوك المتوقع من المريض(٢٩) ، ولا شك فى أن أمثال هؤلاء يظلون مصدر

(٢٨) انظر : Madeleine Leininger, op. cit., P. 162.

(٢٩) انظر : Ibid, The same page.

إزعاج ومثار مشاكل للمستشفى منذ دخولهم وحتى خروجهم ، حتى أنهم يسمونن بالمرضى المشكلين Problematic ، ولعل أقرب ترجمة لتلك التسمية هو تعبيرنا الدارج : « المتعبين » !! .

يضاف إلى ما سبق أن المريض ــ نتيجة لعدم انصياعه للأوامر الطبية ــ قد يتعرض لمشاكل جديدة مثل صعوبة الحصول على أدويته ، واستعمالها فى أوقاتها المحددة ، ونقص المعلومات الإرشادية عن الأماكن التى يذهب إليها للعلاج ، وافتقاده كذلك لمن يعنى بحاجاته الخاصة وراحته الشخصية ، وإذن فلا بد من تضافر جهود علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا والنفس والطب للتطابق مع توقعات معيار نجاح المريض فى دخوله المستشفى وخروجه منه . وهناك صور من التكيف الفيزيقى والنفسى ، ولكى يحققها المريض فعليه الالتزام بها لا سيما إذا كان فاقدا لأحد أطرافه أو أحد أعضائه ، وعليه كذلك أن يتكيف مع النظام الغذائى القاسى ، والبعد عن رؤية أسرته ، وضمان ترتيب سريره فى وضع مريح ... إلخ . وكذلك فإن عليه أن يتكيف مع الأصول الثقافية والاجتماعية للفريق الطبى بالمستشفى .

ونظراً لتعقد عملية الاتصال فى معظم المستشفيات ، فإن المريض يضطر إلى تحديد وسيلة الاتصال الأساسية ــ الرسمية وغير الرسمية ــ للحصول على حاجته وفقاً لمعايير الإرسال والاستقبال بين أعضاء النسق الطبى وبين المرضى[٣٠] ، وقد لا يكون المريض ملماً بهذه المعايير والقواعد ، وبالتالى فلا يستطيع الحصول على المساعدة التى يحتاجها فى معظم الأوقات . وخلاصة القول أن الثقافة الخاصة للمستشفى تتوقع من المرضى التكيف مع البيئة الفيزيقية والنفسية والاجتماعية والثقافية لها . وتعد بيئة المرض مجالاً لعديد من الأمراض البشرية ، ومسرحاً ذا بيئة فيزيقية تغاير بيئة الإنسان المنزلية . وهكذا تعد بيئة المرض جزءاً من ثقافة المستشفى ، علاوة على أن المعيشة مع شخصين أو أكثر من المرضى فى نفس العنبر مدة من الوقت ، قد تكون صعبة على بعض المرضى . ولعل سماع حديث المرضى ورؤيتهم والتحدث معهم طويلاً وزيارتهم تمثل مظاهر خاصة لثقافة المستشفى ، وقد تسبب توترات لبعض المرضى الذين يدخلونها لأول مرة .

* * *

(٣٠) Nursing and Anthropology, ibid, P. 1o4.

ثالثاً : نماذج من الدراسات الأنثروبولوجية للمرضى بالمستشفى :

تتضمن دراسة دخول المريض المستشفى للعلاج ، الإشارة إلى الثقافة الخاصة لها ، والخلفيات الاجتماعية والثقافية للمرضى ، ودراسة ثقافات أعضاء النسق الطبى . ومن الإشارات الهامة فى هذا الصدد أن الأطباء والممرضات المشغولين دائماً فى المستشفى ــ أو حتى غير المشغولين ــ إذا لم تكن لديهم الرغبة الصادقة فى التعاون مع الباحث ، فما أسهل أن يرموه بالثرثرة بلا داعٍ ولا جدوى ، وينظروا إليه باندهاش واستنكار ، وخاصة إذا لم يكن طبيباً ، مثلما تعرضنا فى دراستنا للوحدات الصحية والمستشفيات العامة والتخصصية بالجيزة ، وما عانيناه فى سبيل ذلك . وعلى عكس هذا الزعم ، فإن ثقافة المستشفى مجال مفتوح للبحث ليلاً ونهاراً ، علاوة على أن المرضى مجال خصب للاستماع والنقاش ، وشغل الوقت بطريقة تكسر الإيقاع الرتيب لحياتهم بالمستشفى ، بالإضافة إلى أن الدراسة تكون أحياناً بمثابة زيارة للمريض وترويح له ــ وخاصة لمرضى الأقاليم الذين يقل زوّارهم لبُعد المسافة ــ كما تكون مؤشراً للمكانة بين زملاء العنبر العديدين ، وفخراً يتباهى به كل مريض يشترك فى النقاش . وتزداد هذه الأهمية فى مستشفيات الأمراض العقلية ، مما يحبب الدراسة الأنثروبولوجية إلى نفوس المرضى .

ومن أمثلة تلك الدراسات دراسة سالزبورى Salisbury فى عام ١٩٦٢ ، على مستشفى للأمراض العقلية ، أوضح فيها أن المستشفى مجتمع محلى معتمد على ذاته نسبياً ، نظراً لخروج عدد أقل بكثير من عدد المرضى الذين يدخلونه ويمكثون فيه طويلاً ، علاوة على أن سلوك كل فئات المرضى يتأثر إلى حد كبير بسلوك الأعضاء الآخرين ، الأمر الذى يماثل نظيره فى المجتمع الأكبر . وقد بلغ النطاق البشرى للدراسة ثلاثة آلاف مريض ، مضافا إليهم القوى العاملة الطبية ، والمعاونون لها ممن يضطلعون بخدمات الانتقال والغسيل والكى[٣١] . وقد كتب سالزبورى يقول بأن المشكلات التى يتناولها الأنثروبولوجى ، تتضمن تحليل البُنى الاجتماعية للمستشفى ، حيث تنطوى أية علاقة بداخله على تأثير وتأثر بالعلاقات الأخرى داخل البناء ، وتؤثر بالتالى

(٣١) انظر : Medical Anthropology, op. cit., P. 168.

تصورات الناس عن هذه البنى على سلوكهم ، من خلال تأثيرها على الجزاءات السالبة والموجبة التى تحافظ على الأداء الوظيفى السليم للنسق ، أو تحدث التغير .

وقد أشار براون Brown فى دراسته للاستشفاء إلى أن دخول المريض المستشفى ، يعد بداية لعملية تأقلم Stripping Process ، إذ ينبغى عليه أن يعيد النظر فى معظم رغباته الفردية وطلباته ، واستشاره باتخاذ القرارات الخاصة به وبغيره . ومع ذلك فكلما استمرت عملية التأقلم وتراكمت آثارها عليه ؛ فإنه يشعر غالبا كما لو كان يخسر جانبا بعد الآخر من توحده مع ذاته[٣٢] ، وهنا يقارن المريض بين دوره المحدود التابع فى المستشفى ، وأدواره فى حياته السوية ، فيدرك أنه إذ ذاك لا يعدو أن يكون « حالة » Case فى حجرة مرقمة ، ولا تتحدد شخصيته إلا من خلال سوار بلاستيك وملف صغير مدون فيه اسمه وحالته ، شأنه فى ذلك شأن الطفل حديث الولادة !! .

أما دراسة كوزر Coser لعملية الاستشفاء فقد تناولت بالتفصيل كيفية استمرار خضوع المريض لسلطة المستشفى وللهيئة الطبية والعمال طوال الليل والنهار ، فكل شيء مخطط من أجله بدءا من موعد الأكل حتى دخول الحمام وتعاطى العلاج ، وكذلك يظل المريض تحت إشراف طبى مستمر ، وينقسم يومه كله إلى أقسام مجدولة كاملة ، لصالح شفائه .

ويتناول كو Coe واقع الاستشفاء بالمستشفى ، فيؤكد على أن المستشفيات تقلل من الفروق الطبيعية والطبقية بين المرضى لكى تستطيع القوى العاملة الطبية بأنواعها ، والفنيون والإداريون التعامل معهم أو على الأقل مع أكبر عدد منهم . ولعل قضية توحيد الزى فى العنابر والأقسام ، وبين الذكور والإناث توضح هذه الفكرة من ناحية ، ومن ناحية أخرى فإن توحيد مكان المبيت والزى بين أفراد نوبة الليل من الهيئة الطبية ، يوفر مناخا طيباً ويتيح فرصة كبيرة أمام المرضى للتعرف السريع عليهم ، وسهولة الحصول على الخدمة الطبية[٣٣] ، أما أفراد نفس الهيئة الآخرون ممن لا حاجة بأحد إليهم ، فليس مهما لأحد معرفة فى أى مكان يبيتون .

(٣٢) انظر : Ibid, P. 170.

(٣٣) انظر : Medical Anthropology, op. cit.,

أما دراسة لوربر Lorber فقد ركزت على أن رعاية المريض ومكانته تبدوان كما لو كانتا محاولة من جانب المستشفى لإثبات كفاءته البيروقراطية ، ولذلك ذهبت لوربر إلى أن قواعد المستشفى ومعاييره تستهدف صالح القوى العاملة بها بالدرجة الأولى ، قبل أن تستهدف راحة المرضى(٣٤) . وعلى هذا فإن المرضى يصنفون إلى فئتين : فئة المرضى الطيبين Good Patients ، وهم الذين يتجاوبون مع الجهاز الطبى عموما ، ويتساهلون فى معاملاتهم مع الأطباء والممرضات ، ولا يثيرون المشاكل ، وفئة المرضى المشكلين Problematic Patients أو « المُتعِبِين » من مثيرى المشاكل والمبالغين فى عواطفهم واعتمادهم الكلى على العاملين بالمستشفى ، سواء أتوا بغرض إجراء جراحة عادية أو جراحة خطيرة . وأكدت الدراسة فى النهاية على أن يسر الإدارة وبساطتها فى التعامل هى المحك الأساسى لتصنيف المرضى إلى الفئتين المذكورتين .

وعلى نفس السياق التحليلى للمستشفيات ومدى كفاءتها ، راحت دراسة كارول تايلور Carol Taylor تصف لنا « المريض الطيب » بأنه ذلك الشخص الذى يجيب عند السؤال ، ويتقبل العلاج ، ويتناول أقراص الدواء ، ويأكل الطعام الذى يقدمه إليه المستشفى(٣٥) . وقد وجد الباحثون بعض الميل عند المرضى المشكلين للتنصل من مسئولية مرضهم إذا ما طرأ جديد على حالتهم ، ويتحولون فى بعض الأحيان إلى بيوت التمريض ، ومن ثم يصبحون فى حاجة ماسة إلى الرعاية الطبية النفسية حينما تطرأ بالفعل متاعب حقيقية .

* * *

رابعاً : قضايا تثيرها دراسة المستشفى :

وضح لنا أن المستشفى نسق اجتماعى وثقافى ذو طبيعة خاصة فى المجتمع ، وأن ظروف الاستشفاء وتجارب المرضى تؤكد على طبيعة الثقافة الخاصة للمستشفى ، وأن هذه الثقافات الخاصة تتفاوت فيما بينها بتفاوت موقع المستشفى ، وتبعيته الإدارية ، وتخصصه العلاجى ... إلخ . فلا تتطابق مثلاً

(٣٤) انظر : Ibid, P. 171.

(٣٥) انظر : George Foster, Ibid., P. 171.

ثقافة المستشفى القروى مع ثقافة المستشفى الحضرى أو المركزى ، ولا ثقافة المستشفى التابع لوزارة الصحة مع المستشفى التعليمى التابع للجامعة ، ولا ثقافة مستشفى الرمد أو الأورام مع ثقافة مستشفى الأمراض العقلية . ومع ذلك فهناك خيوط مشتركة تجمع هذا الشتات من ثقافات المستشفيات المتباينة لتحدد معالم بارزة لثقافة المستشفى تصدق على مختلف أنواعها بشكل أو بآخر .

ومن هنا تثير الدراسة قضية الثقافة الخاصة لكل مستشفى كضرورة تستوجب المزيد من الاهتمام ، ولا تقل شأناً عن اهتمام الأطباء بدارسة الأساليب العلاجية ذاتها ، ويمكن تحديد معالم هذه الثقافة الخاصة من خلال مقابلات متعمقة نجريها مع المرضى الذين عايشوها أثناء استشفائهم ، وبعد خروجهم من المستشفى ، ونبحث معهم عن الآثار السلبية والايجابية التى مارسها عليهم المستشفى بثقافته الخاصة .

ومن ناحية أخرى ، توضح النظرة السوسيولوجية للنسق الاجتماعى للمستشفى وجود تنظيم رسمى وآخر غير رسمى ، وبينهما علاقات تتكامل فيما بينها حيناً ، وتتصارع حيناً آخر ، وتختلط حيناً ثالثاً ، ويؤثر كل ذلك على الأداء الوظيفى للخدمة الصحية ، وعلى دور المستشفى فى مواجهة المرض وعلاجه . وتساعدنا النظرة إلى المستشفى كنسق مفتوح على التركيز على العلاقات السائدة بينها وبين المجتمع المحلى — الريفى أو الحضرى — المحيط بها . وقد أكدت بعض الدراسات المتاحة على أن أداء الخدمات الصحية بالمستشفى يتحدد فى ضوء طبيعة البناء الاجتماعى والثقافى القائم ، والعلاقات الاجتماعية السائدة .

ومما يؤيد هذا المسعى أن الخدمة الصحية التى تضطلع بها المستشفى تمثل ميكانيزماً توافقياً فى النسق الاجتماعى الأكبر ، بحيث أنها تعالج ما يعتور أعضاءه من مرض يعجزهم عن أداء أدوارهم بكفاءة ، أو إعياء يثبطهم عن الاضطلاع بمسئولياتهم . وبهذا يتضح لنا عمق العلاقة بين المستشفى وبين المجتمع الأكبر ، والتأثير المتبادل بينهما . ولا بد هنا من الاهتمام بدراسة المستشفى كنسق مفتوح للكشف عن تلك التأثيرات التبادلية ، والتحقق من العوامل الدافعة المنشطة للأداء وتدعيمها ، والحد من العوامل المثبطة ومواجهتها .

والخلاصة أننا لا زلنا فى حاجة ماسة لدراسة الأساليب والطرق الملائمة لمساعدة المرضى على التكيف مع ثقافة المستشفى ، ومع إيقاع الحياة الرتيب فيها ، وتغير المركز الاجتماعى للمريض بداخلها عن خارجها ، وتحوله من صاحب القوة والقرار إلى مجرد مريض تابع لما تمليه عليه ضوابط المستشفى ومعاييره . وهكذا تثير دراستنا قضية « التنشئة الاجتماعية للمرضى » وتكيفهم مع النسق الاجتماعى والثقافى للمستشفى ، حتى لا يصدموا عند دخولها .

ولا بد من الإشارة هنا إلى حاجتنا المتزايدة حالياً إلى المستشفيات ، سواء فى عددها ليشمل المجتمع المصرى كله ، أو فى حجمها ليوفر الفرص العلاجية لأكبر عدد ممكن من مرضى الريف والبادية والمدينة على حد سواء ، وبمقابل يقدرون عليه . ولكننا قبل ذلك — أو أثناءه — نحتاج إلى فهم أعمق للثقافة الصحية فى مجتمعنا ، والعناصر التراثية الشعبية المتعلقة بالصحة والمرض ، وانعكاسات ذلك على الاستشفاء ، وتجربة المرضى بالمستشفى وتكيفهم مع ثقافتها ونظامها الاجتماعى .

أضف إلى ذلك أن الدراسة تثير قضية التباين بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة ، وأثر ذلك على الخدمات الصحية فى مجتمعنا المصرى ، والأوضاع الطبقية ، ومدى الاستفادة من هذه الخدمات ، وهى قضية تلح علينا منذ أن تصدَّر النشاط الخاص انتاج الخدمات الصحية، فى الوقت الذى ضعفت فيه طاقات النشاط العام وقلت إمكانياته . وهنا تبرز أهمية قضايا شكل ثقافة المستشفيات فى المستقبل وطبيعتها ، والتغيرات التى تطرأ على معاييرها وبنيتها الاجتماعية ، وكذلك عوامل التقليل من الخلل الوظيفى ، والارتقاء بالكفاءة الأدائية للمستشفى إلى حدها الأقصى .

على أن من المقطوع به أن المتخصصين فى علم الاجتماع والأنثروبولوجيا وحدهم لا يستطيعون التصدى لتلك القضايا المثارة ودراستها بكفاءة ، بل إن من الضرورى أن يؤازرهم الأطباء المعنيون بدراسة الصحة العامة وطب المجتمع ، ومبحث أسباب المرض Etiology والأوبئة Epidemiology وغيرهم . وهكذا يتعاون علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبية مع الأطباء فى فهم الخلفيات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض ، وأفضل السبل للعلاج ،

وأكثرها مراعاة لتلك الخلفيات . وعلى العموم فهى دعوى يثيرها الأطباء أنفسهم قبل علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا ، مما يؤكد على نبل المسعى ونقاء القصد .

★ ★ ★

الباب الثانى

الأنثروبولوجيا وواقع الصحة والمرض
فى بعض المجتمعات العربية

الفصل الخامس

المعالجـــون الشـــعبيون
فى المجتـــمع اليمـــنى

الفصل الخامس

المعالجون الشعبيون فى المجتمع اليمنى

مقدمة :

يتضمن التراث الأنثروبولوجى رصيداً كبيراً من المصطلحات الدالة على الطب والمطببين ، والممارسات الطبية الشعبية المتنوعة . ومن هذه المصطلحات التى تطلق على المعالجين الشعبيين : « المطبب الشعبى أو الطبيب » Medicine Man ، و « العرّاف » ، و « الكاهـن » ، و « الساحـر » Magician ، و « الشامان » Shaman ، و « المشعوذ » Witch ، و « المعالج بالأعشاب » Herbalist ... إلخ .

وفى مجتمعاتنا العربية تعدد المصطلحات الدالة على المعالجين الشعبيين أيضاً . ويظهر التعدد والتنوع فى المصطلح الدال على نفس المعالج حيناً ، وفى التخصصات العلاجية الشعبية حيناً آخر . فالشخص المعالج بالأعشاب مثلاً يسمى « بالعطار » فى مصر ، و « الحوَّاج » فى قطر ، و « الفكى » فى السودان. ومعالج العظام يسمى « المجبراتى » فى مصر ، و « البصير » فى السودان . والمعالج بالآيات القرآنية يسمى « الشيخ » أو « الساحر » فى مصر ، و « الفقير » فى السودان ، و « المطوَّع » فى قطر ، و « الفقيه » فى السعودية . وهكذا تزداد المصطلحات المستخدمة تعدداً وتنوعاً فى داخل الثقافة العربية الواحدة ، فما بالنا بالثقافات الأخرى المغايرة ؟ .

والجدير بالذكر أن الشواهد الاثنوجرافية تؤكد على أن المعالجين الشعبيين غالباً لا يقتصرون على مهنة العلاج الشعبى ، وإنما هم يزاولون مهناً أخرى بجانبها ، علاوة على شغلهم أوضاعاً اجتماعية مغايرة . ولعل صورة الحلاق فى المجتمع المصرى مثال على ذلك(*) حيث يمارس مهنة الحلاقة ، والختان وإعطاء الحقن ، وإجراء بعض العمليات الجراحية البسيطة ، وخياطة بعض الجروح وتضميدها ... إلخ .

(*) راجع التفاصيل فى الفصل الثالث والمراجع الواردة فيه .

ومن ناحية أخرى تدل دراساتنا الميدانية فى مجتمعات عربية على كثرة التخصصات العلاجية الشعبية . وقد حصرناها فى دارسة سابقة لنا[1] ، على النحو التالى :

١ ـــ المعالج بالأعشاب . ٢ ـــ المعالج بالكى .
٣ ـــ المعالج بالحجامة . ٤ ـــ المعالج بالحَوْى .
٥ ـــ المعالج بالوصفات الشعبية . ٦ ـــ الأولياء ومشايخ الطرق الصوفية .
٧ ـــ « المجبراتى » . ٨ ـــ المعالج بالزار .
٩ ـــ المعالج بالخرت (الحزم) . ١٠ـــ أهل البركة (اللى عمه خاله مثلاً) .
١١ـــ المعالج بالسحر .

والملاحظ أن بعض هؤلاء المعالجين يقدمون الخدمة العلاجية بمقابل نقدى أو عينى ، فى حين يرفض بعضهم الآخر تقاضى أى أجر ، ويقدم الخدمة للمحتاج باعتبارها صدقة علم أو محبة له[2] . كذلك يحترف البعض العلاج الشعبى « كالمجبراتى أو المعالج بالزار » ، على حين لايحترفه آخرون كمهنة رئيسية « كأهل البركة والمعالج بالكى » على سبيل المثال . ومن زاوية أخرى نلاحظ تعدد مصادر الخبرة العلاجية لهؤلاء المعالجين ما بين الوراثة والاكتساب ، والممارسة الواقعية (التجريب) واستمداد المعرفة والخبرة من المصادر المكتوبة كالكتب والمخطوطات وغيرها .

ويتفاوت المعالجون الشعبيون فيما بينهم فى حجم الشهرة التى حققوها . فبعضهم تتجاوز شهرته حدود المنطقة المحلية التى يعيش فيها على مستوى المجتمع الواحد ، وقد تتجاوز الشهرة حدود المجتمع الكبير إلى غيره من المجتمعات المجاورة . كذلك قد يعتمد بعضهم على مساعدين له فى الممارسة (كالمعالج بالحجامة والمعالج بالزار) ، على حين لا يعتمد بعضهم الآخر على مساعدين (كالمعالج بالأعشاب والمعالج بالوصفات الشعبية) .

---

(١) د . على المكاوى ، البيئة وأنماط المرض . دراسة ميدانية فى علم الاجتماع الطبى ، مؤتمر أعلام دمياط السادس ، كلية التربية بدمياط جامعة المنصورة ، ١٠ ـــ ١٢ مارس ١٩٩٠ ، ص ص ٢٠ ـــ ٢٥ .

(٢) د . محمد الجوهرى ، علم الفولكلور ، مرجع سابق ، ص ٥١٩ .

والملاحظة الأخيرة فى هذا المجال تختص بعلاقة المعالج الشعبى ــ بصفة عامة ــ بالطب الرسمى ، وما تجسّده هذه العلاقة من صراع أو احتواء أحدهما للآخر . وتتعدد المواقف التى تكشف عن طبيعة هذه العلاقة ، علاوة على استفادة الطب الشعبى من الطب الرسمى فى تدعيم مكانته والطلب عليه ، وفى غياب الطابع الإنسانى الكلى للمارسات الطبية الحديثة ، يتزايد الاعتماد على المعالجين الشعبيين .

وفى ضوء هذه المقدمة نتناول موضوع المعالجين الشعبيين فى المجتمع اليمنى من خلال الفقرات التالية :

أولاً : فكرة الدراسة .
ثانــياً : منهجية الدراسة .
ثالــثاً : الإطار التصــورى للدراسة .
رابعــاً : دراسات حالة لأبرز المعالجين .
خامساً : مناقشة النتائج .

أولاً : فكرة الدراسة :

تعددت الدراسات الأنثروبولوجية والفولكلورية حول الطب الشعبى ، فى بعض المجتمعات العربية ومنها مصر على سبيل المثال ، سواء أجراها باحثون وطنيون أو مستشرقون أو غيرهم ، ونال المعالجون الشعبيون اهتماماً ملحوظاً فى هذه الدراسات . إلا أن هناك مجتمعات عربية أخرى عديدة لم تحظ بمثل هذا الاهتمام فى الماضى ولا فى الحاضر ، ومنها المجتمع اليمنى .

والواقع أن موضوع المعالجين الشعبيين أكثر توضيحاً لصورة الخدمات والممارسات الطبية الشعبية ، نظراً لتعدد التخصصات فيها ، وتنوع الجمهور طالبها ، وتباين شهرة المعالجين ، واختلاف الأساليب العلاجية المتبعة فيها ، وتفاوت علاقات كل ممارسة منها بالطب الرسمى . لذلك حاولنا أن نتعرف على دور المعالجين هؤلاء فى قضايا الصحة والمرض ، خاصة وأن دراسة المعالجين تعتبر أحد المداخل الأساسية فى تناول الطب الشعبى[٣] .

(٣) Logan and Hunt, op. cit., PP 26 27

ولما كانت صورة الطب الشعبى فى المجتمع اليمنى غير معروفة لنا ، وكانت إحدى طالبات الدراسات العليا بجامعة القاهرة تدرس معى فى السنة التمهيدية للماجستير ، فقد حاولت توجيهها لدراسة الطب الشعبى فى اليمن . وجمع مادة ميدانية تساعدنا على رسم الصورة . كذلك تيسرت لنا فرصة مناظرة مع أحد طلاب الدارسات العليا بجامعة عين شمس ، قدم بحثاً حول هذا الموضوع فى مؤتمر علمى باليمن . وهنا طرأت فكرة الاعتماد على البحوث الطلابية فى الحصول على مادة ميدانية يمكن الاستفادة منها(٤) ، وهى تجربة سابقة فى المجتمع المصرى . ومن خلال هذه المادة الميدانية المتناثرة والموجهة ،عن المجتمع اليمنى ، نبعت فكرة هذه الدراسة غير المباشرة .

ثانياً : منهجية الدراسة :

نسعى فى هذه الدراسة للتعرف على واقع الصحة والمرض فى المجتمع اليمنى ، وبالتالى استقراء طبيعة الخدمات الصحية الرسمية وغير الرسمية ، ونوعية التفاعل بينهما . وسبيلنا فى ذلك هو الاستعانة بالمادة الميدانية المتاحة ، وبطريقة غير مباشرة(*) . وقد اعتمدت الدراسة على المناهج والطرق التالية :

(١) **المنهج الأنثروبولوجى** : وما يتضمنه من طرق وأدوات عديدة تتيح الفرصة للمعرفة الوثيقة بمجتمع البحث وبالظاهرة موضع الدارسة . ومن ذلك :

أ — الملاحظة والملاحظة المشاركة حيث تقدمان صورة واقعية للسلوك الاجتماعى كما يحدث بالفعل ، وتتيحان أيضاً فرصة تأويل جوانب السلوك حيال الصحة والمرض من خلال الربط بين عناصره المختلفة .

---

(٤) د . علياء شكرى ، البحوث الطلابية كأداة لجمع التراث الشعبى ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، العدد الثانى ، إشراف الدكتور محمد الجوهرى ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨١ ، ص ص ١٦٤ — ١٦٧ ومواضع أخرى عديدة .

(*) الواقع أن جمع المادة الميدانية كان موجهاً بدقة نحو موضوع الدراسة ، وحريصاً على تغطية مجتمع البحث إلى حد كبير . ولذلك تعتبر الدراسة هنا مباشرة إلى حد ما . وإن كان أسلوب الدراسة عن بُعد In Absentia مأخوذاً به فى الدراسات الأنثروبولوجية ، وخاصة باتباع تحليل المضمون والمقارنة وغيرهما من طرق وأدوات البحث .

وقد ساعدت هاتان الطريقتان على غزارة المادة الميدانية ، والتحقق من صدقها ، وإثرائها من خلال التفاعل بين الباحث والمبحوث وموضوع البحث .

ب ـــ الإخباريون وهم أشخاص يعايشون العلاج الشعبى والعلاج الرسمى ، ويقدمون صورة عن الواقع ، وبالتالى فهم متنوعون عمرياً ومهنياً ، ويختلفون فى حجم خبراتهم بالعلاج الشعبى ، وفى مدى قصدهم للطب الشعبى والرسمى .

جـ ـــ دليل العمل الميدانى وما يتضمنه من عناصر وأسئلة وأفكار حول موضوع الدارسة . ويتصف الدليل غالباً بالإحاطة بالموضوع والعمق والمرونة فى التناول وفقاً لطبيعة المجتمع . كذلك فالدليل أداة منهجية منظمة تساعد على تنظيم جمع المادة الميدانية ، وتيسير تحليلها وتفسيرها . وقد أثبت الدليل كفاءته فى مثل هذه البحوث المرتبطة بالثقافة عموماً[٥] .

(٢) **دراسة الحالة** : وهى طريقة منهجية تلقى الضوء على المعالج الشعبى من عدة زوايا ، ومنها زاوية المعالج ذاته وتعليمه وخبرته وحياته الاجتماعية ومهنته الأصلية ومصدر خبراته العلاجية . كذلك فهى تبرز علاقة المعالج بالطب الرسمى وطبيعة التفاعل بينهما والاستفادة المتبادلة إن وجدت . ومن ناحية ثالثة فهى تكشف عن الجمهور المستفيد من العلاج الشعبى ، وخصائصه الاجتماعية ، ومحطات العلاج (رسمى ـــ شعبى) التى توقف عندها . وأخيراً فدراسة الحالة تقدم صورة بنائية تحليلية للنسق الطبى الرسمى والشعبى من الداخل ، والتغيرات التى يشهدها كلاهما ، وعوامل هذا التغير .

(٣) **تحليل المضمون** : وهو طريقة اعتمدت عليها الدراسة ـــ بالإضافة إلى الطرق والأدوات الأخرى ـــ للوصول إلى أهدافها . والواقع أن تحليل

(٥) **انظر على سبيل المثال :**

ـــ د . محمد الجوهرى ، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية ، الجزء الأول من دليل العمل الميدانى لجامعى التراث الشعبى ، دار الثقافة ، القاهرة ، ١٩٨٣ .

ـــ د . على المكاوى ، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية .. ، مرجع سابق ، ص ص ١١٩ ـــ ١٣٤ .

المضمون هنا يستخدم بشكل مختلف إلى حدٍ ما ، إذ لا نستخدمه فى تحليل نصوص ووثائق ، وإنما نستخدمه فى تحليل مضمون الدارسات السابقة حول الطب الشعبى فى اليمن ، علاوة على البحثين الذين قدمهما طالبا الدراسات العليا حول العلاج بالكى والزار فى المجتمع اليمنى[٦] .

مجالات الدارسة الميدانية :

أ ــ المجال الجغرافى : تتركز الدراسة الميدانية على مجتمع مدينة صنعاء العاصمة التى تحظى بنصيب الأسد من المستشفيات العامة والخاصة ، والعيادات التعاونية والخاصة والكثير من الخدمات الصحية الرسمية الأخرى . ومع ذلك فهى تعج بالكثير من الممارسين الشعبيين والمعالجات الشعبية من تخصصات مختلفة كالعلاج بالكى والزار والأعشاب ، والمجُبِّر والساحر والمعالج بالحجامة . ولعل اختيار هذا المجتمع للدراسة يلقى الضوء على طبيعة العلاقة بين الطب الرسمى والطب الشعبى ، كما يساعد على إظهار أوجه القوة وأوجه الضعف فى كليهما .

ب ــ المجال البشرى : يمكن أن تحوى الدراسة كل المعالجين الشعبيين فى مدينة صنعاء ، ولكنها اقتصرت على أشهر هؤلاء المعالجين وأشهر الأنماط العلاجية (العلاج بالكى والعلاج بالزار) . وقد تجاوزت شهرة هذين المعالجين حدود مدينة صنعاء وعمت مناطق الجمهورية . كذلك يضم المجال البشرى نماذج من الجمهور المستفيد بالعلاج الشعبى ، يكشف عن ديناميات اللجوء إلى الخدمة الصحية الرسمية وغير الرسمية ، والمتغيرات الفارقة فى كليهما .

جـ ــ المجال الزمنى : تزامن إجراء هذه الدراسة مع العام الجامعى ١٩٨٨ /١٩٨٩ ، حيث تابعنا دراسة العلاج بالكى أولاً بأول ، ووجهنا

---

(٦) انظر :

ــ عبد الله معمر ، الزار كأحد الأساليب العلاجية التقليدية فى المجتمع اليمنى ، المؤتمر العربى الرابع للطب النفسى ، وحدة البحوث الصحية والطبية ، صنعاء ، ديسمبر ١٩٨٩ .

ــ أمة الغفور زيد عقبات ، الطب الشعبى فى مجتمع يمنى : دراسة حالة عن العلاج بالكى ، بحث بإشراف الدكتورين محمد الجوهرى وعلى المكاوى (غير منشور) ، السنة التمهيدية للماجستير بجامعة القاهرة ، ١٩٨٩ .

مسارها بما يعمقها لتعبر عن واقع الخدمات الصحية بنوعيها فى اليمن . أما دراسة العلاج بالزار فقد أجريت فى بداية عام ١٩٨٩ ، وقدمها صاحبها للمؤتمر العربى الرابع للطب النفسى فى نهايته . وقد استخدمنا بعض مضامين هاتين الدراستين ــ كما أشرنا قبلاً ــ فى دراستنا الحالية التى انتهينا منها فى أوائل عام ١٩٩٠ .

ثالثاً : الإطار التصورى للدراسة :

يمثل الطب الشعبى حلقة فى سلسلة تاريخ الطب الحديث ، وبالتالى فهو تراث على مستوى مجتمعات العالم كلها ، وعلى مستوى المجتمع الواحد فيشمل كل قطاعاته الاجتماعية وفئاته وطبقاته . والواقع أن الطب الرسمى يتصدّر اهتمام الدول والحكومات إلى عهد قريب ، إلا أن الأنظار تتجه الآن نحو الطب الشعبى اهتماماً ودراسة وبحثاً . لذلك أنشئت له الأقسام العلمية بالجامعات والمعاهد لتهتم به وتدرسه كما هو الحال فى مصر والصين وباكستان والمكسيك وغيرها(*) . كما أصبحت الصيدليات الحديثة ــ فى كثير من المجتمعات الأوربية ــ تفرد أقساماً خاصة للأعشاب الطبية معبأة فى عبوات حديثة للعلاج(٧) .

تنطلق الدراسة من نظريات الطب الشعبى ، ونظريات الطب حول أسباب الأمراض ، وسنلقى الضوء عليها باختصار .

(١) **نظريات الطب الشعبى العلاجية** : وهى تراث مشترك بين كل شعوب العالم ، أضاف إليها كل شعب جزءاً ساهم فى تطويرها ومن تلك النظريات **نظرية التوازن** التى تذهب إلى أن فى الإنسان ثلاث قوى **أولها** القوة الطبيعية ومحلها الكبد وبها تنمية البدن وتغذيته ، وهى من الملح الأصلى ، وهى التى تحفظ قوة التوليد عند الحيوان والنبات . **وثانيها** القوة الحيوانية ومحلها القلب وبها حياة البدن وهى من الكبريت الأصلى . **وثالثها** القوة النفسانية ومحلها الدماغ ومنها الحس والإدارك الباطن والظاهر ، وهى من الزئبق الأصلى

(*) راجع التفاصيل فى الفصل الثانى .

(٧) الموسوعة الصحية ، العلاج بالأعشاب قديماً وحديثاً ، إعداد محمد رفعت ، دار الحضارة للطباعة والنشر ، بيروت ، ١٩٨٦ ، ص ٩ .

الروحانى[٨] . وترى النظرية أيضاً أن الإنسان جسمان ، جسم ظاهر مركب من العناصر الأربعة وهى اللحم والدم وباقى أجزاء البدن ، وجسم خفى غير ظاهر ، وهو مركز للحس الباطن ويمكن تسميته « الظاهر » « جسماً » ، و « الباطن » « نفساً » ، وبينهما قوة موحدة وهى « الروح » ، وهى كالآلة للنفس فى ظهور أفعالها وإيصال الحياة إلى جميع البدن .

وقد اعتبر الطب الشعبى الصحة هى الحالة التى يجرى فيها البدن وأفعاله على المجرى الطبيعى فى سائر الأحوال والأزمان والأمزجة ، أى فى حالة التوازن[٩] . وبالتالى فجسم الإنسان يكون على ثلاث حالات هى الصحة والمرض وحالة ثالثة وسطى بينهما ، وحدوث هذه الحالات يعتمد على أسباب أساسية تدعم التوازن للوصول إلى الحالة الأولى وهى الصحة .

والواقع أن هذه النظرية لا تختلف فى جوهرها عن الطب الحديث إلا فى الاختلاف التكنيكى ، حيث أن العلاجات الدوائية والغذائية والمرافقة الأخرى ، ما هى إلا منشطات ومحفزات ومقويات للدورة الدموية والقلب والدماغ والأعضاء الأخرى والخلايا الجسمية والغدد المختلفة وبعث التيارات الكهربائية وتنشيط العمليات الكيميائية والإنزيمية والهرمونية لتقوية مناعة الجسم وأعضائه للتغلب على الأمراض العضوية والميكروبية (الأخلاط) لتحقيق التوازن الصحى للجسم .

والنظرية الثانية هى نظرية العلامات Signatures التى ترى أن جميع العناصر الطبيعية (كالنباتات والحيوانات وأعضاء الحيوانات المختلفة والأحجار وغيرها) تحمل « إشارة » أو « علامة » معينة تدل على الحاجة الإنسانية ، أو الوظيفية التى يمكن أن يستخدم هذا العنصر فى خدمة الإنسان[١٠] . وهناك العديد من الشواهد المؤكدة لصدق هذه النظرية ومنها :

---

(٨) براكلسوس الجرمانى ، طب الكيمياء والأعشاب ، تصنيف وتحقيق الدكتور خليل باز ، دار الندى ، بيروت ، ١٩٨٩ ، ص ٢٣ .

(٩) د . بهنام شماس توما ، « الطب الشعبى كنز ثمين على الطب الحديث أن يستثمره بتكنيكه المتطور » ، ورقة مقدمة إلى مؤتمر النباتات الطبية فى الوطن العربى وآفاق تطويرها . بغداد ٢٤ — ٢٧ نوفمبر ١٩٨٦ ، ص ٧٣٩

(١٠) د . محمد الجوهرى ، علم الفولكلور ، جـ ٢ ، مرجع سابق ، ص ٤٧٥

ـــ إن الورود الحمراء توصف لعلاج الدم وتنقيته .
ـــ وجوزة الطيب خلقت على هيئة المخ وتستخدم فى علاجه .
ـــ والنباتات الصمغية توصف لعلاج القروح الصديدية .
ـــ والنباتات المنقطة تستخدم فى علاج البقع فى الجسم .
ـــ والنباتات كثيرة البذور تستخدم فى علاج العقم .

(٢) نظريات الطب حول الصحة وأسباب المرض وهى تضم :

أ ـــ نظرية الأطباء العرب التى تذهب إلى أن هناك ضروريات أساسية للمحافظة على الصحة وتجنب المرض وهى الماء ، والهواء ، والنوم واليقظة (وتعتبر الحركة ضمن اليقظة) ، والمأكولات والمشروبات ، والاحتباس (حصر البول والإمساك) والاستفراغ (التعرق والقىء والجماع والإسهال) ، وحالات النفس والمزاج(١١) .

ب ـــ نظرية السبب الواحد Single cause وترى أن المرض ينتج عن سبب واحد محدد ، فإذا وجد ميكروب السل ، فإنه يسبب مرض السل ، ويكون العلاج بمواجهة السبب الواحد سواءً بإبعاد الميكروب فى حالة الوقاية ، أو بالقضاء عليه فى حالة العلاج(١٢) .

جـ ـــ نظرية الأسباب المتعددة للمرض Multiple Causes وهى تنظر إلى صحة الإنسان كحركة دينامية تنتج عن تفاعل عدة عوامل بعضها إيجابى ، وبعضها الآخر سلبى ، فإذا تغلبت العوامل السلبية ظهر المرض ، وإذا تغلبت العوامل الايجابية استمرت الصحة . فمرض السل مثلاً يتأثر بالتفاعل بين ميكروب السل والعوامل المتعلقة به من ناحية ، والإنسان العائل (المضيف) Host والعوامل المتعلقة به من ناحية أخرى ، ويتأثر كل ذلك بالبيئة التى تحيط بالطرفين وتعمل لصالح الإنسان (الصحة) ، أو لصالح الميكروب (المرض)(١٣) .

---

(١١) د . بهنام همامى ، مرجع سابق ، ص ص ٧٣٩ ـــ ٧٤٠ .
(١٢) د . صلاح أبو طالب ود . عبد الحميد عبد التواب صالح ، التربية الصحية ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٩٠ ، ص ١٨ .
(١٣) د . على المكاوى ، البيئة وأنماط المرض ، مرجع سابق ، ص ٧ .

وعلى هذا تتمثل العوامل الفاعلة والمسببة للمرض فيما يلى :

١ ــ عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض .

٢ ــ عوامل تتعلق بالإنسان العائل (المضيف) .

٣ ــ عوامل تتعلق بالبيئة .

تساؤلات الدراسة : تحاول الدراسة الإجابة على عدة تساؤلات مستمدة من استقراء الدراسات السابقة ــ فى مجتمعات عربية مختلفة ــ ومشتقة أيضاً من نظريات الطب والطب الشعبى التى عرضناها منذ قليل . وتتمثل تلك التساؤلات فيما يلى :

١ ــ ما هى خصائص المعالج الشعبى ومصادر خبرته العلاجية ؟

٢ ــ أى الأمراض يتخصص المعالج الشعبى فى علاجها وحقق شهرة فيها ؟

٣ ــ كيف يفسر المعالج الشعبى حدوث المرض والوقاية منه ؟

٤ ــ ما هى علاقة المعالج الشعبى بالطب الرسمى ؟

٥ ــ لماذا يلجأ الجمهور إلى المعالج الشعبى ؟

٦ ــ ما هى الخصائص الاجتماعية والثقافية الغالبة على الجمهور ؟

٧ ــ ما هو مستقبل الطب الشعبى فى المجتمع اليمنى ؟

رابعاً : دراسات حالة لأبرز المعالجين الشعبيين فى المجتمع اليمنى :

تتطلب ممارسة العلاج الشعبى فى المجتمع خبرة ومهارة قد تكون مستمدة بالوراثة من أحد الأقارب ، أو مكتسبة بالقراءة والتحصيل الذاتى . والملاحظ أن العلاج الشعبى يتضمن أنماطاً عديدة من المعالجات والأساليب والأدوات . ولذلك فقد يبرع المعالج فى نمط علاجى دون غيره ، أو إلى جانب نمط علاجى آخر . وعلى هذا تحوى الثقافات المختلفة ما يسمى بالتخصص العلاجى . فهناك معالج يتخصص فى العلاج بالكى ، وآخر فى الحجامة ، وثالث فى تجبير العظام ، وكلها تخصصات تعتمد على الخبرة والتجربة الطويلة . كذلك فهناك تخصصات قائمة على الأساس العقلى والتحصيلى كالعلاج بالأعشاب الطبية ، كما توجد تخصصات أخرى تعتمد على تسخير الكائنات فوق الطبيعية كالعلاج السحرى ، والزار وغيره .

وفى ضوء ذلك يكثر المعالجون بالأعشاب ومجبرو العظام ، والمعالجون بالزار ، والمعالجون بالحجامة ، والمعالجون بالكى والمعالجون بالسحر فى المجتمع اليمنى ، وفى مدينة صنعاء موضع الاهتمام . ولكننا سنعرض لنمطين اثنين من المعالجين ، تتوافر عنهما المادة الميدانية ، وهما المعالج بالكى ، والعلاج بالزار .

(١) **المعالج بالكى** : وهو الحاج محمد الماورى الذى يبلغ تسعة وسبعين عاماً ، ويقيم فى سوق الأمان ببنى مطر بمدينة صنعاء . وهو متزوج ولديه خمسة أولاد ، ويحفظ القرآن الكريم دون إلمام بالقراءة والكتابة ، ويعمل بالزراعة أساساً ، حيث يمتلك أرضاً زراعية فى بنى مطر ، علاوة على مهنته الفرعية وهى العلاج بالكى . إلا أنه مع تقدمه فى السن ترك مهنة الزراعة لأبنائه ، وتفرغ للعلاج بالكى .

وقد اكتسب المعالج خبرته من الوالد الذى كان يمارس الزراعة ، إلى جانب العلاج بالكى لقليل من الأمراض . وظل الإبن مع والده فى ممارسة العلاج بالكى ، حتى توفى الوالد ، فانفرد الإبن بالممارسة ، وهو يسعى الآن لتوريث المهنة لإبنه هو الآخر . ويربط الحاج محمد الماورى بين مهنته العلاجية وبين كسب ثواب الله بعمل الخير ، والاسترزاق مع تقدم السن . والملاحظ أن التدريب هو المصدر الأساسى للخبرة العلاجية . ونظراً لكثرة التدريب وكثافته تمكن المعالج من التفوق على الوالد ، فازدادت الحالات التى يقصده فيها الجمهور ، وتعددت الأمراض التى يعالجها .

وقد حقق المعالج شهرة واسعة فى مدينة صنعاء وما حولها ، وساعد على زيادة شهرته علاجه لأشخاص مرموقين فى المجتمع اليمنى . ومن هؤلاء الإمام أحمد حميد الدين ــ رأس النظام السياسى اليمنى قبل ثورة ٢٦ سبتمبر ١٩٦٢ ــ وشخص آخر طرق أبواب الطب الرسمى فى اليمن والهند ، فلم يتحقق شفاؤه إلا على يد الحاج محمد الماورى . أما الإمام أحمد فقد أصيب بالمرض فاستدعى أربعة أطباء من إيطاليا على طائرة خاصة فلم تتحسن حالته الصحية . نصحه أحد أتباعه باستدعاء المعالج بالكى ففعل ، وعولج بالكى وشفى من مرضه ، فازدادت شهرة المعالج ، واقترن اسمه بعلاج الإمام أحمد على مستوى اليمن ، علاوة على ترديده الدائم لهذه القصة أمام جمهوره لتدعيم شهرته ونشرها .

أما الشخص الآخر فقد أصيب بعرق النسا ، وطالت معاناته وحاول الاستفادة من الوصفات المنزلية دون جدوى ، فلجأ إلى الأطباء فلم تتحسن حالته على مدى ستة أشهر . وهنا نصحه البعض بالذهاب إلى الهند للشفاء فساعده أبناؤه على السفر فظل يتلقى العلاج الرسمى هناك لمدة شهرين دون تقدم فعاد كما ذهب . إلا أن بعض الأصدقاء نصحوه باللجوء إلى المعالج بالكى ، ففعل وشفى بعد أربع سنوات من المعاناة . وهنا ازدادت شهرة المعالج على مستوى المنطقة والجمهورية ككل ، وتفوقت على سمعة الأطباء الهنود ذاتهم .

والملاحظ أن المعالج بالكى لم يتقيد بمكان معين لتقديم خدماته لجمهوره ، فتارة يقدمها فى بيته ، وتارة أخرى يذهب للمريض فى بيته . إلا أنه بعد زيادة شهرته افتتح له محلاً فى السوق يبيع فيه القمح والأرز والدقيق ، علاوة على أنه يقدم العلاج بالكى من الصباح إلى المساء . وهنا ازداد الإقبال عليه ، فوضع لافتة على باب المحل باسمه لتساعد الجمهور على الاهتداء إليه بسهولة . ونلاحظ هنا ارتباط زيادة الشهرة بالتواجد وسط السوق ، ووضع اللافتة ، وتواتر الروايات عن نجاحه فى علاج الإمام أحمد وغيره .

أما الأدوات التى يستخدمها الحاج محمد الماورى فى تقديم الخدمة فهى بسيطة للغاية ، ويسهل تناقلها ، علاوة على تواجد بعضها فى كل الأماكن كالموقد مثلاً ، وهذا يصدق على معظم المعالجين الشعبيين فى المجتمعات العربية[١٤] . ومن تلك الأدوات « موقد النار » وهو موجود فى كل بيت يمنى ، ومجموعة من « الأسياخ الحديدية » متفاوتة الأحجام والسمك ، فمنها الرفيع للغاية ، ومنها الرفيع ، ومنها المتوسط ومنها الكبير . ومرد هذا التفاوت إلى التناسب بين نوع المرض ومكانه ، وحجم وسمك السيخ المطلوب للكى . فمرض « بواسير العين » يحتاج إلى سيخ رفيع للغاية ، وحذر شديد ، ومهارة فائقة فى الكى لأحد أجزاء الوجه .

---

(١٤) انظر تطابق ذلك مع دراساتنا عن « المجبر » و « الحاوى » و « الحجّام » و « الساحر » والمعالج بالكى فى البادية والريف والحضر بمحافظة الجيزة ، فى دراستنا عن الجوانب الاجتماعية والثقافية التى سبقت الاشارة إليها ص ص ٣٧٦ — ٤٠٧ .

ويتنوع **الأجر** الذى يتقاضاه المعالج بالكى لقاء خدماته لجمهوره . فهو يتقاضى أجراً نقدياً حيناً بعد إتمام عملية الكى ، ويكون الأجر عينياً حيناً آخر — بالنسبة للمرضى من فقراء الحضر والريف — ويتمثل فى سلع استهلاكية ، أو منتجات زراعية كالحبوب مثلاً ، أوالمنتجات الحيوانية من اللحوم والألبان والجلود والأصواف ... إلخ . وقد يجمع المعالج بين النظامين فى حين ثالث ، حيث ينفحه المريض الأجر النقدى بعد الكى مباشرة ، ويهبه هدية عينية بعد الشفاء تقديراً لجهده وفرحاً بالشفاء . ونلاحظ هنا أن أجر المعالج الشعبى يسيرٌ ومتنوع ويراعى الظروف الاجتماعية والاقتصادية لمرضاه ، وقد لا يتقاضى منهم أجراً من أى نوع فى بعض الأحيان ، على عكس الطب الرسمى الذى لا يقدم الطبيب فيه العلاج بكفاءة إلا للقادرين فقط . أما غير القادرين فلهم الخدمات الصحية العامة هزيلة المستوى ، سيئة التقديم ، مما يدفعهم للاعتماد على الطب الشعبى .

وتكشف **علاقة** المعالج بالطب الرسمى عن نوع من التعايش بينهما يخلو فى الغالب من الصراع(*) . فهو يعالج مرضاه بالأساليب الشعبية حيناً ، ويحيلهم إلى الطب الحديث حيناً آخر لإجراء فحوص طبية تساعده على العلاج بالكى ، أو ليلتمسوا العلاج الجراحى على أيدى الأطباء . وإن كان المعالج يعتز بخبراته وكفاءته العلاجية التى يتفوق بها على الأطباء وخاصة فى مجال كى « العروق » حسب قوله .

أما **الأمراض التى يعالجها** الحاج محمد الماورى فهى متعددة ومتنوعة فى أساليب علاجها ما بين عدد مرات الكى ، ومواضعه فى الجسم وتتمثل هذه الأمراض فيما يلى :

١ — الفجيعة وهى « الخضة » الناجمة عن مفاجأة مفزعة يصاب بها الشخص فيصفر لونه ويفقد شهيته للأكل وتقل حركته . ويتعرض الرجال والنساء والأطفال لهذا المرض ، وتختلف درجاته ، وبالتالى تختلف درجات علاجه . ويقوم المعالج بكى المريض خلف الرأس ، وقد يقوم أحد أفراد

(*) لا يصدر هذا التعايش إلا عن معالج محنك وواع بقدرات الطب الحديث وإمكانات توظيفه و نجاح الطب الشعبى ذاته

الأسرة أو الأقارب بهذه العملية فى البيت بعود ثقاب مشتعل أو عقب سيجارة بدون علم المريض ، اعتقاداً بأن « الفجيعة تبعد الفجيعة » . فإذا لم تفلح الوصفة المنزلية لجأ المريض إلى المعالج المتخصص بالكى .

٢ — الشقيقة أو الصداع النصفى ويعالجه الحاج محمد الماورى بكى عرق الشقيقة الذى يقع خلف الأذن .

٣ — عرق النسا ويعالج بكى الرجل من أعلى الفخذ وحتى مفرق الأصبع الصغرى للقدم بعد أن يحدد المعالج مواضع الألم ويستدل منها على العرق المطلوب كيُّه .

٤ — فك السُّره وهو مرض يسبب آلاماً بالمعدة وفقداناً للشهية ويختلف عن آلام المعدة أو قرحتها ويتعرف عليه المعالج عن طريق وضع يده أعلى سرة المريض فإن وجد نبضاً دل على المرض ، وبالتالى يعالج « الفك » بالكى أربع مرات على شكل مربع يحيط بالسُّرة لمحاصرته حتى لا يعود مرة أخرى حسب تفسير المعالج .

٥ — السوداء وهى مرض جلدى يصيب اليدين أو الرجلين حيناً ، والجسم كله حيناً آخر وتظهر أعراضها فى الحكة الشديدة بالجلد ، ثم يسوِّد الجزء المصاب أو الجسم كله ، ولذلك سميت « بالسوداء » . ويعالج مرض السوداء بكى مركز الإصابة — وهو أكثر الأجزاء المصابة به سواداً — وهو موطن العرق ، سبع مرات على مساحة الإصابة .

٦ — بواسير العين وهى مرض يصيب العين بحيث لا يستطيع المريض فتح عينيه أمام أى ضوء قوى (الشمس أو الكهرباء) ، ويكثر من حركات الإغماض والتفتيح ، ويمسحها دائماً ليستطيع الرؤية . ويعالج المرض بكى العرق الواقع فى منتصف المسافة بين العينين فى الجبين ، باستخدام سيخ حديدى بالغ الصغر حتى لا يترك أثراً ، كذلك يتطلب الكى مهارة وحذراً شديدين من المعالج لحساسية المكان وخطورته .

٧ — اليرقان وهو يتمثل فى إصفرار جسم المصاب وهزاله ، ويسمى أحياناً « الصفار » . ويتطلب علاجه كى العروق الثلاثة خلف الأذنين والرأس ، ثلاث مرات ، حتى يزول المرض .

٨ ــ عرق الجوف وهو مرض يصيب الإنسان بالاختناق لأنه عرق يوجد تحت الرئتين ويحتاج من المعالج خبرة وجهداً فى تحديد موضعه ، وفى الإعداد لعملية الكى ، بأن يشرب المريض قهوة مصنوعة من ورق الضرو ــ المنتشر فى اليمن ــ على مدى ثلاثة أيام فتساعد على تحديد الموضع .

٩ ــ عروق الحمى ويتمثل علاجها فى كى العروق خلف الرأس ، وتتراوح عمليات الكى بين مرة وثلاث مرات ، حسب خطورة المرض .

وتجدر الإشارة إلى أن المرضى بهذه الأمراض وبغيرها يتبعون سلسلة من الخطوات ــ تتفاوت فى ترتيبها ــ فى علاج المرض ، فقد تبدأ حيناً بالوصفات الشعبية وتنتهى بالطب الحديث ، وقد تبدأ بالطب الحديث وتنتهى باللجوء إلى المعالج الشعبى حيناً آخر ، أو تبدأ بالوصفات المنزلية وتنتهى بالمعالج الشعبى بالكى أو بالحجامة أو غيرهما . وتخضع هذه السلسلة لمتغيرات أخرى كالمستوى الطبقى والعمرى والمهنة والتعليم ومدى خطورة المرض وطبيعة أداء النسق الطبى الرسمى لدوره والسياق الاجتماعى والثقافى السائد ... إلخ . وسوف نعرض لذلك لاحقاً .

ويغلب التنوع على جمهور المعالج بالكى فهم من فئات عمرية مختلفة ، وإن زادت نسبة كبار السن على صغاره ، حيث لا يزالون يعتقدون فى جدوى العلاج بالكى وأهميته وكفاءته ولذلك يقصدونه مباشرة . كما يقصد الرجال والنساء هذا المعالج بلا اختلاف فى نسبة أحدهما عن الآخر تقريباً . بينما يؤثر المستوى التعليمى بوضوح فى القرار الطبى وسلوك المرض[١٥] . فغير المتعليمن يتجهون مباشرة إلى الوصفات المنزلية والمعالج الشعبى اعتقاداً فى كفاءتهما العلاجية ، على حين يميل المتعلمون تعليماً عالياً إلى الطب الحديث بشكل عام ، فإذا تباطأ الشفاء أو فشل العلاج ، فإنهم يقصدون المعالج الشعبى بالكى بعد ئذ . وعلى نفس الشاكلة يؤثر المستوى الاقتصادى على الجمهور فى تحديد المقصد العلاجى . فالفقراء يلجأون إلى الطب الشعبى لقلة تكلفته ، ويُسر الحصول عليه ، وثقتهم فيه ، واستيائهم من الأداء الشكلى للطب الحديث

(١٥) حول هذين الموضوعين أنظر كتابنا علم الاجتماع الطبى سابق الذكر ، صفحات ٢٩٩ ــ ٣٠٨ وص ص ٣٣٦ ــ ٣٤١ ومواضع أخرى .

وتكاليفه الباهظة عليهم . أما الأغنياء فإنهم يلجأون إلى الطب الحديث لمقدرتهم على متطلباته وتكاليفه . وعلى هذا يزداد جمهور الفقراء ومتوسطى الحال عند المعالج بالكى ، ويقل جمهور الأغنياء لديه .

(٢) **العلاج بالزار** : وهو نمط علاجى شعبى ذائع الانتشار فى المجتمع اليمنى . وقد جاءت ممارسة الزار من الحبشة حيث وصلتها من أواسط أفريقيا ، حيث يعد جزءاً من الطقوس الدينية للقبائل هناك .

والزار أنواع يستطيع المعالج التعرف عليها وتمييزها . فمنها الجبلى والتهامى والحبشى والبحرى ... إلخ ، ومرد التسمية هو تقسيم الجان إلى شعوب وقبائل مثل بنى الإنسان(١٦) . أما أولئك الذين ليس لهم قبائل فيطلق عليهم محلياً اسم « الهش » . ويسمى معالج الزار « بالشيخ » ، وتسمى المرأة التى تعالج بالزار « علقة » ، وبالتالى فهى ممارسة يزاولها الرجال والنساء على خلاف بعض الممارسات العلاجية الأخرى « كالحجامة » أو « الحزم » أو « التجبير » التى تقتصر على الرجال تقريباً .

والواقع أن **مصدر الخبرة** لدى المعالجين بالزار يرجع إلى الوراثة فى الغالب ، حيث يرثه الرجل عن أبيه ، وترثه المرأة عن أمها ، وذلك من خلال التدرج فى الممارسة من القيام بأقل الأدوار وحتى الانفراد بدور المعالج من المجموعة الثانية (شيخ صغير) ، ثم الارتقاء فى الممارسة والتمكن منها (شيخ كبير) .

ويحظى العلاج بالزار **بشهرة** واسعة فى المجتمع اليمنى عامة ، وفى صنعاء بشكل خاص . وتزداد هذه الممارسة شهرة وانتشاراً الآن ، مع تزايد موجات التحضر والقلق والتوترات النفسية والصراعات القيمية ، فيزداد بالتالى الطب على الخدمات الصحية الشعبية ، ومنها العلاج بالزار . ولكن الملاحظ أن شهرة هذا العلاج لم تتجاوز حدود المجتمع اليمنى إلى مجتمعات مجاورة .

ويختلف العلاج بالزار عن العلاج بالكى — وبعض الطرق العلاجية الأخرى — فى عملية تحديد **مكان الممارسة** . فالمعالج بالكى يمارسه فى بيته أو ينتقل إلى بيت المريض ، بينما ينتقل المريض إلى بيت المعالج بالزار (الشيخ) فى

(١٦) د . محمد الجوهرى ، علم الفولكلور ، جـ ٢ ، مرجع سابق ، ص ص ٦٠٧ — ٦١٠ .

الغالب ، ويصعب تحمل تبعات وتكاليف انتقال المعالج إلى بيت المريض ، وبالتالى فالنمط المفضل هو الذهاب إلى بيت الشيخ ، وعمل الجلسة عنده . والملاحظ أن العلاج بالزار فى اليمن لا يشترط عمل جلسة كما هو معروف لنا ، وإنما يمكن تشخيص الحالة وتحديد العلاج وتقديمه للمريض دون إجراءات طقوسية . ومرد ذلك إلى نوع المعالج ، فهناك معالج من المجموعة الأولى وهو « الشيخ الكبير » الذى يعالج المريض بدون عمل جلسات ولا طقوس نظراً تمكنه وإجادته وخبرته الطويلة . كذلك فهناك معالج من المجموعة الثانية ، وهو « الشيخ الصغير » ، لا يمتلك المهارة ولا الخبرة التى تمكنه من تشخيص حالة المريض دون جلسة زار ، ولذلك لا بد أن يجرى جلسة طقوسية خاصة لتحديد ما إذا كان المريض مصاباً بالزار أم لا ، وتسمى « بالجلسة التحضيرية » وبعد ذلك تتلوها الجسة الكبيرة العلاجية فى بيت المعالج أيضاً فى الغالب .

والواقع أن **الأدوات** التى يستخدمها المعالجون بالزار ليست محددة ولا خاصة بالمعالج ذاته كأدوات المعالج بالكى ، أو أدوات الحجّام أو المجبِّر ، وإنما هى عبارة عن مجموعة طلبات يطلبها المعالج لإقامة الجلسة ، ومنها العطور النفاذة ، والبخور ، والشقر (مشموم) والريحان ومستلزمات العَشاء مع القات ، وقد يُعفى المريض من احضار القات فى بعض الأحيان . كذلك قد يطلب المعالج خاتماً من الفضة لاسترضاء الأسياد .

أما **الأجر** الذى يتقاضاه الشيخ فهو نقدى حيناً ، وعينى حيناً آخر . وبالتالى فهو يناظر أشكال الأجر الذى يتقاضاه المعالج بالكى مع الفارق فى الحجم والمتطلبات . فالشيخ يطلب عدة طلبات من الروائح والبخور والأطعمة لعمل الجلسة ، ويطلب ذبيحة ذات مواصفات خاصة ــ بناءً على تحديد الزار ذاته ــ علاوة على مبلغ من المال . وهكذا نلاحظ أن إجمالى تكاليف العلاج بالزار تزيد غالباً عن تكاليف العلاج بالطب الحديث ، ولكنه سياق اجتماعى وثقافى يفرض نفسه على سلوك المرض والقرار الطبى ، بالإضافة إلى أن الاصابة بالزار هى الأخرى ثقافية المنشأ . وبالتالى فعلاجها ثقافى هو الآخر .

إذن ليست هناك **علاقة** بين المعالج بالزار والطب الحديث ، حيث أن الزار

ممارسة طقوسية يلعب فيها الجانب الاعتقادى دوره البارز وتغلفها المفاهيم والتصورات الشعبية ، علاوة على أن أمراض الزار تخرج عن نطاق الطب الحديث وتمثل خصوصية للطب الشعبى . من جانب آخر فالزار تعبير مرضى عن بنية اجتماعية متوترة وعلاقات اجتماعية مضطربة وليس لهذه ولا للتلك مكان فى النسق الطبى الرسمى .

والجدير بالذكر أن المعالج بالزار يعالج حالات إصابة الإنسان بأذى الكائنات فوق الطبيعة ومنها حالات « المس » و « التقمص » أى تقمص الأسياد لشخصية المريض فيتكلم بلسانهم ، ويعبر عن مرادهم ، ويطلب طلباتهم . ولذلك يقوم المعالج بعمل جلسات للمريض ، ليستنطقه ويعرف الزار الذى يلبسه ويتحاور معه حول هويته والمكان الذى جاء منه ، وكيف حل بالمريض ، وماذا يريد ليخرج من جسمه ، وما هى طلباته ... إلخ . فإذا لم يستجب هدده الشيخ بالاشتكاء إلى شيخه ، فيرضخ الجنى للأمر ويفصح عن هويته وطلباته ليخرج من جسم المريض . وقد يرفض الجنى ترك جسم المريض نهائياً ، وهنا يقوم الشيخ بتهديده بذبحه ، وبالفعل يمرر سكينكا أو شفرة حادة على رقبة المريض — كما لو كان يذبح شاة — تمويهاً وتهديداً ليمتثل الزار للأمر .

أما جمهور المعالج بالزار فهو متنوع إلى حد ما ، يضم الرجال والنساء ولذلك نجد « شيوخاً وعلقات » يعالجون الذكور والإناث . كما يضم الكبار والصغار فى الريف والحضر . إلا أن المتعلمين عموماً يندر لجوؤهم إلى المعالج بالزار وعلى هذا فهو الممارسة التى يقل معدل انتشارها بمرور الوقت مع ارتفاع معدل التعليم . كذلك ينتشر العلاج بالزار بين الفئات الاجتماعية التى تعانى من الضغوط الاجتماعية وتدنى المكانة الاجتماعية ، وتعيش فى بيئة اجتماعية متوترة ومضطربة . وربما كان الزار تعبيراً عن هذه التوترات وهذا ما أشرنا إليه فى دراسة سابقة لنا[١٧] .

---

(١٧) على المكاوى ، الطب السحرى ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، إشراف الدكتور محمد الجوهرى ، العدد الرابع ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٣ ، ص ص ٤٧٢ — ٤٨٣

خامساً : مناقشة النتائج :

نحاول فى هذه الفقرة الاجابة على التساؤلات الواردة فى الإطار التصورى للدراسة ، من خلال المادة الميدانية المتاحة ونتائجها . ومسلكنا فى ذلك هو المقارنة بين نمطى العلاج الشعبى (الكى والزار) عند مناقشة كل تساؤل من التساؤلات السبعة فى ضوء النتائج . .

(٢) **خصائص المعالج ومصادر خبرته العلاجية** : ترى نظريات الطب الشعبى أنه تراث مشترك ومتاح للجميع لاحترافه والتداوى به . وعلى هذا نلاحظ أن المعالجين الشعبيين تتعدد المهن التى يزاولونها — إلى جانب المهنة العلاجية — فمنهم من يمتهن الزراعة ، ومنهم من يمتهن التجارة ، ومنهم من يحترف التعليم (الشيوخ والمُطَوِعُون)(*) ... إلخ .

لذلك نجد أن المعالج بالكى هنا يمارس الزراعة منذ صباه وكان العلاج بالكى مهنة ثانوية يمارسها مع والده الذى كان يعمل هو الآخر بالزراعة . ولما تقدم المعالج فى السن ترك مهنة الزراعة لأبنائه . وتفرغ للعلاج بالكى . ونفس القول يصدق على المعالج بالزار فى اليمن حيث ورث المهنة عن والده وبالتالى تلعب الوراثة دورها فى تخريج الكوادر الشعبية .

كذلك نلاحظ أن ممارسي العلاج الشعبى متزوجون ومتقدمون فى السن تقريباً (فوق الأربعين غالباً) . وهذا يرتبط فى التراث الشعبى بالخبرة والتجربة فكلما تقدم الانسان فى السن كلما ازدادت تجاربه فى الحياة وخبراته بالواقع(**) ، مما يضفى على المعالج مهابة وثقة من جمهوره . ويصدق هذا على المعالج بالكى (٧٩ سنة) والمعالج بالزار (فوق الخمسين) .

ومن ناحية أخرى تلعب خصائص المعالج الشعبى دورها فى دعم الممارسة وتوسيع قاعدتها وزيادة جمهورها . وإذا كانت نظريات الطب الشعبى تعتمد على فكرة التوازن فى جسم الانسان ، والتوازن بينه وبين البيئة الطبيعية ،

(*) تسود كلمة المطوع فى مجتمعات الخليج لتدل على معلم الصبية فى (الكُتّاب) أى « العَرِيف » كما نعرفه فى مصر

(**) لذلك يقول المثل الشعبى المصرى « الكبير عنك بيوم يعرف عنك بسنة »

والتوازن بينه وبين المجتمع وجماعاته الإجتماعية ، فإنها تعلى من شأن الممارس الشعبى على حساب الطب الحديث . فالمعالج الشعبى (الكى والزار) تحكمه البساطة فى علاقاته مع المرضى ، ويهتم براحتهم النفسية ، ويخاطبهم بلغتهم ، ويشاركهم همومهم ، ويفهم ظروفهم ... الخ . وعلى العكس تماماً يأتى الطبيب والطب الحديث ، وبالتالى يزداد جمهور المعالج الشعبى ويقل جمهور الطبيب . ولذلك نجد المعالج بالكى مشهوراً ، كثير الجمهور ، ونفس الشىء عند المعالج بالزار .

ويشترك المعالجان الشعبيان فى حرمانهما من أى قسط من التعليم الرسمى . فالمعالج بالكى لا يقرأ أو لا يكتب لكنه يحفظ القرآن الكريم ، والمعالج بالزار يقرأ ويكتب دون حصول على شهادة تعليمية . ومرد ذلك أن العلاج الذى يمارسانه يتعمد على الخبرة العملية ، أكثر مما يعتمد على قراءة وتحصيل . والمهم لدى جمهور المرضى هو طريقة مخاطبة المعالج لهم وخبرته العملية وأسلوبه الذى يفهمونه ، ولعل كل ذلك يفتقده الطب الحديث .

(٢) الأمراض التى يتخصص المعالج فى علاجها وحقق شهرة فيها :
تدل المادة الميدانية على أن الطب الشعبى يحوى تخصصات علاجية متنوعة(*) ومنها علاج الأمراض النفسية والعصبية (بالزار والسحر مثلاً) ، وعلاج أمراض الجهاز الهضمى (بالأعشاب) ، وعلاج كسور العظام (بالتجبير) ، وعلاج أمراض الأطفال (بالوصفات والممارسات الشعبية المتعددة) ، وعلاج العقم (بجمع من الأساليب العلاجية المتنوعة) .

على هذا نجد تخصصاً بين المعالجين الشعبيين ، ومن ذلك التخصص فى العلاج بالكى ، والتخصص فى العلاج بالزار . والملاحظ أن هذين المعالجين — موضع الدراسة — يتخصصان فى الكى والزار فقط ، حيث لا يمارس أحدهما تخصصاً علاجياً آخر إلى جانب تخصصه ، هذا على عكس المعالجين الشعبيين ، فى مصر وقطر ، الذين يمارسون أكثر من تخصص علاجى معاً . فيجمع المعالج منهم بين العلاج بالكى والعلاج بالأعشاب ، أو يمارس العلاج بالتجبير إلى جانب العلاج بالحزم وهكذا .

وتدلنا المادة الإثنوجرافية على أن المعالج بالكى فى المجتمع اليمنى ، يتخصص

(*) راجع التفاصيل فى الفصل السابع القادم .

فى هذا الأسلوب العلاجى للعديد من الأمراض ومنها « الفجيعة » (الخضة) و « الصداع النصفى » ، و « فك السره » ، و « السوداء » ، و « عرق النسا » و « بواسير العين » ، و « اليرقان » ،و « عرق الجوف » ، و « عروق الحمى » ... إلخ . وقد نجح المعالج فى علاج هذه الأمراض فذاع صيته حتى تجاوز مدينة صنعاء العاصمة إلى ما حولها من المدن والبوادى . ولكن شهرته زادت فى علاج « عرق النسا » (أحد أمراض الروماتيزم) و « اليرقان » أو « الصفراء » (أحد أمراض الجهاز الهضمي) . ومرد الشهرة الواسعة هو عجز الطب الحديث عن علاج الروماتيزم مثلاً ، ونجاح المعالج فى علاج أشخاص مرموقين فى المجتمع اليمنى (كالإمام أحمد مثلاً) ، أو آخرين قصدوا الطب الحديث فى اليمن والهند فلم يفلح فى علاجهم ، ووجدوا ضالتهم عند المعالج بالكى . ولعل طبيعة العقلية الشعبية تمارس دورها فى الترويج لشهرة المعالجين بإبراز هذه القصص وربما نسج الخيالات حول نجاحها وتفوقها على الطب الحديث .

أما المعالج بالزار فقد تخصص فحسب فى هذا اللون العلاجى ، وتفرغ له ، ولعل ذلك راجع إلى كثرة الطقوس التى يستغرقها العلاج وطول الوقت اللازم لإجرائها ومتابعتها . فالعلاج يتم بجلسات تحضيرية ، وجلسات الزار، وتقديم الفدية وإدارتها قبل الذبح على رأس المريض سبع مرات من اليمين إلى اليسار ، وقد يتنازل الأسياد عن ذلك ويطلبون إدارة السكين بدلاً من الفدية على رأس المريض سبع مرات أيضاً من اليمين إلى اليسار ، وأحياناً تدار السكين والفدية معاً على رأس المريض . ثم تذبح الفدية وتلقى مخلفات الذبح (الجلد والأمعاء والدماء) خارج قرية المريض ، أو فى مكان مهجور . أما اللحم فهو طعام المريض وأهله والمقيمين معه فى نفس المنزل — إذا كان السيد مسلماً — أو لا يؤكل اللحم تماماً من قبل هؤلاء — إذا كان السيد كافراً — وإنما يوزع بالتساوى على أجزاء مختلفة من البيت ليلاً ، أو يدفن اللحم فى مكانٍ وعرٍ (يُسمى ضاحة) ، أو تدفن الذبيحة كاملة بعد تنظيفها فى مكانٍ ما ويشترط أن يكون مفترق طرق . كذلك يتضمن العلاج طقساً علاجياً يتمثل فى احتجاب المريض فى بيت المعالج أربعين يوماً يعتزل أهله والناس والحياة ، أو

يكون الاحتجاب فى بيت المريض نفسه ويمر عليه المعالج كل أسبوع أو أسبوعين ليتابع المريض ويتحقق من التزامه بطقوس العلاج .

كذلك تتمثل طقوس الاحتجاب « أو الاحتماء » التى يفرضها المعالج على المريض فى منع الجماع ، وأنواع معينة من الأطعمة ، فإذا خالف المريض هذه الطقوس أعاد الاحتماء أربعين يوماً أخرى ، دون إعادة الفدية . ويحرم دخول أى شخص عليه إلا شخصاً واحداً قد يكون رجلاً طاهر الجسم والثياب ، أو امرأة طاعنة فى السن تجاوزت فترات الحيض ، حتى لا تبطل العلاج . ولا يخرج المريض من غرفته على الاطلاق ، ويقضى حاجته فى وعاء ، ويتولى الشخص المسموح له بالدخول عليه التخلص من الوعاء ، كما لا يسمح له بالتحدث مع أى إنسان ، أو التعرض لأية انفعالات . وفى ضوء تعدد هذه الطقوس وتنوعها ، ندرك خصوصية العلاج بالزار فى اليمن ، وكثرة الممارسات المتبعة ، وبالتالى ضرورة تفرغ المعالج لهذا الأسلوب دون أن يجمع معه أسلوباً علاجياً آخر .

إلا أن العلاج بالزار لم يحقق شهرة واسعة مثلما حقق العلاج بالكى ، وذلك لقلة الأشخاص المرموقين الذين يعالجون به ، وعدم لجوء مرضى الزار للطب الحديث غالباً ، فلا يتضح تفوق العلاج بالزار عليه فتزيد الشهرة ، علاوة على أن الأمراض النفسية والعصبية يحاول السياق الثقافى العربى علامة إخفاءها وعدم التصريح بها على عكس الأمراض الباطنة أو الجلدية أو العظام ... إلخ .

(٣) كيفية تفسير المعالج الشعبى حدوث المرض والوقاية منه : الواقع أن مفاهيم الصحة والمرض والوقاية والعلاج تعد نتاجاً للثقافة السائدة ، ولذلك فهى تُفسر فى ضوء المعتقدات الشعبية حول جسم الإنسان وعلاقته بالعالم الطبيعى الذى يعيشه ويدركه ، والعالم فوق الطبيعى الذى يعجز عن إدراكه ، وما يضمه من الكائنات المتنوعة ، ومنها الملائكة والجن والشياطين . ولا يخرج تفسير المعالج الشعبى عن هذه التصورات ، وكذلك تفسير الشعب لأسباب المرض .

وفى ضوء نظرية العلامات ونظرية التوازن فى الطب الشعبى يفسر المعالجون — والمرضى — المرض ويشخصون أسبابه . على هذا نجد المعالج بالزار مثلاً يقول « لا يفل الحديد إلا الحديد » ، بمعنى أن المصاب بالمس من الكائنات فوق الطبيعية تعرض لأذاهم نتيجة الخوف الشديد منهم وتعرضه لهم فى الأماكن المظلمة أو الخربة . وبالتالى يكون علاج الممسوس بتعريضه للخوف الشديد خلال جلسات الزار بأن تدور السكين حول رأسه قبل رأس الفدية (الذبيحة) ، أو ينهره المعالج بشدة ويضربه بعنف . والواقع أن هذه الطقوس موجهة أساساً للكائن فوق الطبيعى الذى يتقمص شخصيته المريض .

وكذلك حال تفسير المعالج بالكي لبعض الأمراض ومنها الفجيعة — على سبيل المثال — حيث يعتبرها ناجمة عن أصل نفسى كالخوف والإكتئاب ، وبالتالى يكون علاجها بالكى لطرد الجن وتخويف المريض تطبيقاً للمثل الشعبى اليمنى « الفجيعة لا تزيلها إلا الفجيعة » . كذلك فهو يفسر الأمراض التى يعالجها بالكى بأنها ناتجة عن عروق لا يتمكن الطب الحديث من علاجها ولا تجدى معها الأدوية الحديثة ، ويفلح الكى فى إماتة العروق فيموت معها المرض . ولذلك يقوم بكيها بالنار سبع مرات أحياناً حتى يتخلص منها المريض نهائياً ولا ينتكس . وفى ذلك يقول المعالج « العروق مايقدرش لها الأطباء ، ما ينفع معاها إلا المكوى » .

ومن ناحية أخرى يرى المعالج بالكى أن النار حارة وجافة ، وبالتالى فهى تعالج الجروح والتآليل والأمراض الجلدية والعروق ذات الطبيعة الباردة الرطبة ، وهكذا يحدث التوازن فى جسم الإنسان ويتخلص من المرض .

وإذا كان السياق الثقافى يفسر أسباب المرض ، فإنه يقدم — من ناحية أخرى — الإشارات التى تقي الإنسان من المرض . وفى ضوء هذا السياق يقرر المعالج بالكى أن معظم الأمراض التى يعالجها تنجم عن الخوف والبرد وتعرض الإنسان لأذى الكائنات فوق الطبيعية ، وبالتالى تكون الوقاية منها بتجنب الخوف وأذى الكائنات فوق الطبيعية والابتعاد عن تيارات الهواء الحارة والباردة التى لا تتوازن مع حالة الجسم الداخلية . وعلى نفس الشاكلة يقدم معالج الزار النصائح الوقائية التالية لتجنب الإصابة بأذى الجن :

أ ــ الامتناع عن التطيب والتزين أو استخدام الروائح العطرية .

ب ــ عدم التبخير فى المنزل وقت العصر والمغرب لأنهما وقت مرور الشياطين ، حسب التصور السائد .

جـ ــ استخدام بعض الحمائل السحرية كالأحجبة ، والمحافظة عليها وعدم تعريضها للقاذورات ، وخلعها عند الجماع .

د ــ تجنب المرور على المناطق الخربة أو المظلمة ، وإن كان ولا بد ، أكثر الإنسان من الاستعاذة وقراءة القرآن الكريم .

(٤) **علاقة المعالج الشعبى بالطب الرسمى** : يغلب على الطب الشعبى عموماً الطابع التجريبى (كما فى العلاج بالكى) والطابع النفسى (كما فى العلاج بالزار) ، وقد يجمع بين الطابعين فى معظم الأحيان . فى حين يفتقر الطب الحديث وممارسوه إلى الجانب النفسى ، تغلب عليهما العلاقات الرسمية التى تنفّر المرضى منهما ، وتدفعهما لالتماس العلاج فى النسق الطبى غير الرسمى . وهذا يلقى بعض الضوء على علاقة المعالج الشعبى بالطب الرسمى .

فعلاقة المعالج بالكى بالطب الحديث يغلب عليها نمط التعايش وليس الصراع(*) . ويتجلى هذا النمط فى مواقف يعلى فيها المعالج من شأن الطب الحديث فى علاج أمراض معينة ، ومواقف أخرى يعلى من شأن الطب الشعبى فى علاج أمراض بعينها . ففى الحالة الأولى يؤكد المعالج على تفوق الطب الحديث فى علاج أمراض القلب والعلاج الجراحى للجهاز الهضمى أو التنفسى أو العصبى . كذلك يؤكد على أهمية الأجهزة الطبية والدواء الحديث فى التشخيص والعلاج . والدليل على ذلك أنه ينصح مرض الكلى ــ الذين يقصدونه فى العلاج بالكى ــ بالذهاب إلى المستشفى ، لإجراء الفحوص الطبية والأشعات للتأكد من خلو الكلى من الحصى (الحجارة) ، فإن خلت عالج بالكى ، وإن وجُد فيها الحصى رفض علاجها بالكى ، ونصح بعلاجها بالأساليب الطبية الحديثة .

ومن ناحية أخرى يؤكد المعالج على تفوق الطب الشعبى على الطب الحديث ، حيث يفتخر بقدرته وخبرته فى علاج أمراض العروق التى يقوم

(*) أنظر أنماط علاقة الطب الشعبى بالطب الرسمى فى الفصل الثالث .

بعلاجها ، فى حين يفشل الأطباء فى ذلك . وهو يقول فى هذا الصدد « العروق لا يمكن علاجها إلا بالكى » ، و « الأطباء ما يعرفوا فى العروق » . ومع ذلك فهو لا ينتقص من شأن الطب الحديث أمام المترددين عليه ، كما أنه ينصحهم — فى حالة عجزه عن العلاج — باللجوء إلى المستشفى . ويصدق ذلك على مرضى الكلى والسرطان ، حيث يرفض علاجهم وينصحهم بالتماس العلاج الحديث .

أما معالج الزار فليست له علاقة بالطب الحديث ، والسبب فى هذا التباعد هو طبيعة المرض ذاته ومنشؤة وطبيعة تناول كليهما له . فالطبيب يتعامل مع المريض باعتباره كياناً بيولوجياً بالدرجة الأولى ، ولا يعترف بالأسباب الثقافية والاجتماعية للمرض فى الغالب ، وبالتالى فهو يعطى لمريضه أدوية حديثة ، لكنها لا تساعده على الشفاء . أما المعالج الشعبى فهو يتعامل مع المريض باعتباره كياناً اجتماعياً وثقافياً واقتصادياً ، كما يشخص أسباب المرض بأنها صراعات وتوترات اجتماعية تعتمل فى طبيعة البناء الاجتماعى ذاته ، وتؤججها القيم والمعتقدات ولا تجد تعبيراً لها يقبله المجتمع سوى المرض والمس (الزار واللمس ... إلخ)[18] . والواضح إذن أنها أمراض اجتماعية المنشأ ، ثقافية المسار ، اعتقادية العلاج وليس لها مكانة فى الطب الحديث ، وإنما مكانها أثير فى الطب الشعبى . ولهذا يظل العلاج بالزار أسلوباً علاجياً يزداد الطلب عليه فى ضوء تجاهل الطب الحديث للطبيعة الاجتماعية والثقافية المعقدة للإنسان وأمراضه فى المجتمع اليمنى .

(٥) **لماذا يلجأ الجمهور إلى المعالج الشعبى ؟** : تلعب عدة عوامل دورها فى لجوء الجمهور إلى المعالج الشعبى ومن ذلك السياق الثقافى ، وشهرة المعالج ، ونوع المرض ، ومدى خطورته ، وطريقة أداء الخدمة الصحية والنسق الطبى الرسمى ذاته . ويمكن القول بصفة عامة بأن أى قصور فى الطب الحديث ، أو تقصير فى الأداء ، مآله ازدهار فى الطب الشعبى مزيد من انتشاره ورسوخه ومصارعته . يصدق ذلك على المجتمع اليمنى وعلى غيره من المجتمعات الأخرى .

(١٨) على المكاوى ، الشعوذة ، مرجع سابق ، ص ص ٣٦١ — ٣٦٢ .

يغلب الطابع الودى على علاقة المعالج الشعبى بالمريض ، فهو يخاطبه بصراحة وبلغة يفهمها الطرفان ، ويكسب ثقته فيه وفى العلاج الذى يقدمه ، ويسرد له قصصاً وحكايات عن مرضى مشهورين عولجوا على يديه ليطمئنه ويستعرض خبرته العلاجية ، كما يؤكد له قدرته على تشخيص المرض وعلاجه . إذن فالعلاقة المباشرة والحارة تعتمد أيضاً على أن المريض نتاج لتفاعلات اجتماعية وثقافية ، فى حين تفتر هذه العلاقة بين الطبيب والمريض ، علاوة على تناول الطبيب للمرض بمعزل عن سياقه الاجتماعى والثقافى . ويصدق ذلك على المعالج بالكى والمعالج بالزار معاً .

ويمكن الاشارة إلى بعض أسباب لجوء المرضى إلى المعالج الشعبى فيما يلى :

أ ـــ حداثة عهد المجتمع اليمنى بالخدمات الصحية الرسمية ، فلم تكن توجد به سوى ثلاثة مستشفيات فى صنعاء وتعز والحديدة قبل ثورة ١٩٦٢ . وإزاء الافتقار للخدمات الرسمية ، زاد الاعتماد على الطب الشعبى ـــ فارس الساحة الظاهر ـــ فى التداوى والعلاج .

ب ـــ طبوغرافية المجتمع اليمنى حيث تغلب الطبيعة الجبلية ، مما أدى إلى تشتت السكان فى تجمعات قليلة ومتناثرة فى أعلى قمم الجبال ، فيتعذر وصول الخدمة الطبية إليها ،فتظل الممارسات الشعبية العلاجية وحيدة تصول وتجول فى الساحة بلا منافس .

جـ ـــ اقتصار النسق الطبى الرسمى على مجرد تقديم الخدمة الطبية دونما مراعاة للخلفيات الاجتماعية والثقافية ، ولا مراعاة للاعتبارات الإنسانية فى النجدة والرحمة فيفقد الطب الحديث صفته الإنسانية وثقة الجمهور فيه .

د ـــ تباطؤ الشفاء من المرض المزمن ، واستعصاء بعض الأمراض على العلاج الطبى الحديث كالروماتيزم والعقم والصرع والمس ... إلخ . تدفع الجمهور للاعتماد على الطب الشعبى ذى العائد السريع فى الشفاء كالعلاج بالكى أو بالزار .

هـ ـــ قلة النفقات التى يتكلفها العلاج بالطب الشعبى غالباً ، بالمقارنة بالتكاليف الباهظة التى يفرضها الطب الحديث . وقد ساعد على تباعد الجمهور عن الطب الحديث غلبة الطابع المادى على الخدمات الصحية التى

يقدمها ، حيث صار سلعة غالية الثمن يحصل عليها القادرون فقط . أما غير القادرين فكفاهم الطب الشعبى علاجاً ، والموت راحة ومستقراً .

(٦) ما هى الخصائص الاجتماعية والثقافية الغالبة على جمهور المعالج ؟

تتعدد الخصائص التى تسم جمهور المعالجين الشعبيين فى مدينة صنعاء باليمن ، ما بين النوع والسن والتعليم والمستوى الطبقى . وقد تحكم هذه الخصائص بعض الاعتبارات الأخرى التى ذكرناها قبلاً ومنها نوع المرض ومدى خطورته ، ورحلة العلاج منه ، وطبيعة الأداء الطبى الحديث ، ومدى توافر خدماته والحصول عليها ... إلخ .

وعلى هذا نلاحظ أن متغير **النوع** ليس فارقاً ، فالرجال والنساء يذهبون إلى المعالج بالكى ، كما يذهبون إلى المعالج بالزار أيضاً ، وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة دراستنا على المعالجين الشعبيين بمحافظة الجيزة فى مصر[١٩] .

أما **السن** فهو متغير فارق بين جمهور المعالجين بالكى والزار فى اليمن . فالكبار والصغار يقصدون هذين المعالجين ، إلا أن نسبة كبار السن أعلى من نسبة صغاره . والواقع أن هذه النتيجة تعكس تفاوتاً فى نقطة البداية العلاجية وسلوك المرضى . فالكبار يلجأون مباشرة إلى المعالج الشعبى ، فإذا فشل فى العلاج قصدوا الطبيب ، وعلى العكس من ذلك يلجأ صغار السن والشباب عموماً للطبيب أولاً ، فإذا تباطأ الشفاء أو عجزوا عن تكاليف العلاج الحديث ، فإنهم يقصدون المعالج الشعبى بعدئذ . ولعل للتعليم والسياق الثقافى والاجتماعى للنشأة ، دوراً فى هذا المسلك .

بينما يعد **التعليم** متغيراً حاسماً هو الآخر ، فالمتعلمون يميلون غالباً نحو الطب الحديث ويقصدونه عند وقوع المرض . ولكنهم إذا لم يجدوا تحسناً فورياً . فإنهم يقررون اللجوء إلى المعالج الشعبى الأكثر شهرة فى تخصصه العلاجى إلتماساً للشفاء . والملاحظ هنا أن التعليم يكسب المتعلم مرونة فى التفكير والتصرف حيال المرض ، ولا يتحيز بالتالى لنمط علاجى دون غيره . أما غير المتعلمين فإنهم يقصدون المعالج الشعبى مباشرة، أو بعد تجريب بعض الوصفات والمحاولات المنزلية . ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الأمراض النفسية

(١٩) د على المكاوى ، الجوانب الاجتماعية ... ، مرجع سابق ، ص ص ٣٨٠ — ٤٠٠ .

والعصبية — التى لا شفاء لها عند الأطباء بصورة نهائية — تحتم على المصابين بها اللجوء إلى المعالج بالسحر والزار لأن هذه الأمراض اجتماعية النشأة ، ثقافية العلاج . لذلك يزداد جمهورهم من بين المتعلمين وغير المتعلمين .

وعلى نفس الشاكلة يعد **المستوى الطبقى** متغيراً جوهرياً بين جمهور المعالجين الشعبيين عموماً فى المجتمع اليمنى . فالطب الحديث باهظ التكاليف ، ينوء الفقراء عن حملها ، وبالتالى يجدون ضالتهم فى الطب الشعبى ، فالعلاج بالكى ليس بعزيز عليهم ، والعلاج بالتجبير ميسور المنال ، والتداوى بالأعشاب فى متناول الأيدى ، والعلاج السحرى ليس ببعيد ، والعلاج بالزار متاح لهم ويناسب قدرتهم الاقتصادية إذا أعفاهم المعالج من بعض طلبات طقوس الزار أو لجأوا إلى معالج من المجموعة الأولى حسبما سبقت الإشارة .

(٧) وأخيراً ما هو مستقبل الطب الشعبى فى اليمن ؟ : الواقع أن ملامح المستقبل تحددها صورة الحاضر وتبرزها معالم الماضى . لذلك فإن تناول مستقبل الطب الشعبى ، يستلزم تحديد واقع الخدمات الصحية الرسمية الراهن وطريقة تقديمها ، ومدى تعميمها على القطاعات والفئات الاجتماعية فى المجتمع اليمنى ، ومدى يُسر الوصول والحصول عليها ، وحجم تكلفتها الاقتصادية ، وكفاءتها العلاجية .

وفى ضوء الإحاطة السريعة بهذه الموضوعات — ومن واقع المادة الميدانية المتاحة عن المجتمع اليمنى — نقول إن الطب الشعبى ممارسة ظهرت لتبقى ، وإن محاولات التحديث وبرامجه الصحية لم تستطع إثبات وجودها بكفاءة فى ساحة التنافس ، علاوة على تجسيد الطب الشعبى للسلوك الاعتقادى والتراث الشعبى الراسخ وبالتالى فلا يزحزحه إلا قوة أعتى منه وأكفأ .

إن ميكانيزمات بقاء الطب الشعبى فى اليمن أقوى من ميكانيزمات القضاء عليه . ونعرض فيما يلى لميكانيزمات البقاء ، لتحدد لنا بنفسها المتسقبل :

أ — استغراق الطب الحديث فترة طويلة فى علاج المرض ، وفى فحوص وتحليلات وإحالات من طبيب إلى آخر ، والانتظار أوقات عديدة فى كل مرة ، مما يثير ملل المريض ، وحرصه على سرعة الشفاء ، فيلجأ إلى المعالج

الشعبى ، يستوى فى ذلك المتعلمون وغيرهم ، والكبار والصغار أحياناً ، والرجال والنساء .

ب ـــ إغتراب الطب الرسمى عن المرضى ، وغلبة الطابع الرسمى فى علاقة الطبيب بالمريض دونما مراعاة للأبعاد والخلفيات الاجتماعية والثقافية . وقد تدفع هذه الطبيعة الأدائية إلى الانصراف عن الطب الحديث ، والإرتماء فى أحضان الطب الشعبى ، حيث يقترب المعالج من المرضى ، ويتفهم ظروفهم وخلفياتهم .

جـ ـــ نقص الخدمات الصحية الرسمية وعجزها عن الوفاء بالطلب عليها ، ووجود قائمة انتظار طويلة ، وازدحام شديد عليها ، لذلك ينصرف عنها المرضى إلى ما هو أقرب إليهم مكاناً ومكانةً ، وهو الطب الشعبى .

د ـــ كثرة تكاليف العلاج الحديث ما بين أجر طبيب ، وثمن فحوص وأشعات وتحاليل طبية ، علاوة على طابع العلاقات الرسمية بين الأطباء والمرضى ، لذلك يعجز المرضى الفقراء عن تحمل هذه النفقات ، فيقصدون العلاج الأقرب قلباً وقالباً ، والأيسر أجراً وإجراءً ، وبالتالى يزداد جمهور الطب الشعبى فيستمر ويثبت فى الساحة .

★ ★ ★

الفصـل السـادس

الطب الشعبى والتحديث في المجتمع القطرى

الفصـل السـادس

الطب الشعبى والتحديث
فى المجتمع القطرى

* * *

مقدمـــة :

قطر جزء من مجتمع الجزيرة العربية ، حيث تعد نتوءاً جغرافياً فى قلب الخليج ، يعكس تضاريس الجزيرة العربية ، وطبيعة بنائها الإجتماعى والثقافى . فالقبائل العربية كانت تنتشر فى هذه الجزيرة ، وتجوبها شرقاً وغرباً ، تمارس النشاط الرعوى ، وتتنقل بحثاً عن الماء والكلأ . ولكن نظراً لوقوع معظم سواحل قطر على مياه الخليج ، فقد شكل هذا الموقع معالم الحياة فى قطر ، حيث اتجهت بعض القبائل تمارس الرعى ، وأخرى تحترف صيد السمك ، وثالثة تبحث عن اللؤلؤ . كما زادت موجات تحركات السكان من الداخل (البادية القطرية) إلى الساحل (للصيد والغوص) بدءاً من مايو وحتى سبتمبر ، ومن الساحل إلى الداخل لممارسة النشاط الرعوى .

وعلى هذا فقد اختلفت طبيعة الحياة فى قطر عن نظيرها فى مجتمعات الجزيرة العربية ـــ خاصة الداخلية منها ـــ كما أدى تواجد القوى الخارجية البرتغالية والتركية والإنجليزية فى هذه المنطقة ، إلى عملية اتصال ثقافى دائم أدى بدوره إلى بلورة الهوية القطرية[1] . وزادت كذلك الصراعات المحلية بين القبائل ، والخارجية بينها وبين الإمارات الأخرى ـــ وظهور البترول مما أدى إلى تبلور الهوية السياسية والإجتماعية والثقافية للمجتمع القطرى .

لقد أدى ظهور البترول إلى تغير البناء السكانى وتنوع المهن وزيادة موجات

---

(١) د. أمينة الكاظم ، السكان والعمالة الوافدة فى المجتمع القطرى ، هجر للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة ، ١٩٩١ ، ص ٨٩ .

الهجرة الداخلية والخارجية ، وتغير الحياة الإجتماعية وتكوين مجتمع المدينة[٢] .
وعلى هذا برزت أهمية تنمية المجتمع القطرى وتحديثه ، مما أدى فى النهاية إلى تفاعلات وظواهر متنوعة ثقافية واقتصادية واجتماعية وسياسية ، وإنعكس تأثيرها على أبناء المجتمع وممارساتهم ، كالممارسات الصحية الوقائية والعلاجية موضوع إهتمامنا الحالى . فكيف إذن كان التأثير والعلاقة بين التحديث والطب الشعبى ؟

وفى ضوء ذلك يتناول البحث الموضوعات التالية :

أولاً : الخلفية التاريخية والإجتماعية للمجتمع القطرى .
ثانيــــاً : التحديث : المفهوم والعوامل .
ثالثـــاً : المجتمع القطرى بعد التحديث .
رابعـــاً : فروض الدراسة ومنهجيتها .
خامســاً : الطب الحديث فى المجتمع القطرى .
سادساً : الطب الشعبى فى قطر : الملامح العامة .
سـابعـــاً : مناقشة النتائج .

* * *

أولاً : الخلفية التاريخية والإجتماعية للمجتمع القطرى :

كانت قطر تضم مجموعة من القبائل ترجع فى أصلها إلى الجزيرة العربية ، ولذلك فلا تزال هذه القبائل تتوزع فى مناطق مختلفة من الخليج كالبحرين وعمان والكويت والسعودية والإمارات ومنها الكواره والمنافعة والمعاضيد والمره .. الخ ، وقد تتفرع هذه القبائل فى مجتمعات غير خليجية كالمجتمع المصرى ، الذى تضم باديته بمحافظات الجيزة وسيناء والبحر الأحمر فروعاً لهذه القبائل[٣] .

وتتوزع هذه القبائل على القطاعين الحضرى والبدوى فى قطر . أما القطاع الحضرى فهو يضم أكبر القبائل فى مدينة الدوحة العاصمة ومنها المعاضية

(٢) د. جهينة سلطان العيسى ، التحديث فى المجتمع القطرى المعاصر ، شركة كاظمة للنشر والتوزيع ، الكويت ، ١٩٧٩ ، ص ١٣١ .
(٣) د. على المكاوى ، الجوانب الإجتماعية .. مرجع سابق ، ص ٣٣٣ .

والسلطة والسودان ، والسادة فى الرويس شمالى قطر ، والكواره والمهانده والمسلم والبنعلى والبوعينين . أما قبائل البادية فأهمها بنو هاجر والمناصير والنعيم والعوازم والعمامره(٤) ، وهى قبائل عربية سكنت الساحل الإيرانى منذ مئات السنين ، ثم عادوا إلى دول الخليج مرة أخرى مع اكتشاف البترول وبداية تصديره فى ديسمبر ١٩٤٩(٥) .

وقد سعى الإنجليز للسيطرة على الخليج بدءاً من القرن الرابع عشر الميلادى ، بإعتباره يمثل — مع رأس الرجاء الصالح — الطريقين الرئيسيين لنقل خيرات الشرق والقارة الهندية إلى أوروبا . ولذلك شهدت المنطقة صراعات عديدة بين البريطانيين والفرنسيين والبرتغاليين والهولنديين ، ثم بينهم وبين أبناء الخليج الأصليين . ثم انتهت المعارك بإنتصار الإنجليز وسيطرتهم على سواحل الجزيرة العربية وشواطىء الخليج العربى(٦) .

وفى منتصف القرن السادس عشر سيطر الأتراك بقيادة سليمان القانونى على قطر والبحرين بمساعدة بنى خالد . ولما ضعفت الدولة العثمانية سيطر بنو خالد على الأحساء وقطر ، وأولوا أمر قطر لآل مسلم الذين يشتركون معهم فى الإنتماء القرابى . وفى القرن السابع عشر استقرت قبائل العتوب فى قطر ، فلما اختلفوا مع آل مسلم توجهوا إلى الكويت ، وأسسوا مدينة الكويت ، وعاد جزء منهم وهم آل خليفة إلى قطر واستقروا فى مدينة الزبارة . وفى عام ١٧٧٣ سيطر آل خليفة على البحرين علاوة على سيطرتهم على قطر . وفى أوائل القرن التاسع عشر استقرت عائلة آل ثانى فى الرويس ثم الزبارة ، وتحالفوا مع آل خليفة فى « غزوة البحارنة » فزاد نفوذهم فى قطر وأصبحوا يديرون شئونها تحت إمرة آل خليفة(٧) . غير أن رفض آل ثانى دفع الضريبة لآل خليفة ، أشعل الحرب بينهما فى عام ١٨٦٨ ، وانتهت بهزيمة آل خليفة . وبعدها دخلت قطر مباشرة تحت النفوذ البريطانى .

---

(٤) د. جهينة سلطان العيسى ، مرجع سابق ، ص ١٦ .
(٥) د. أمينة الكاظم ، مرجع سابق ، ص ١٠١ ، وص ١٠٩ .
(٦) عبد العزيز محمد المنصور ، التطور السياسى لقطر فى الفترة ما بين ١٨٦٨—١٩١٦ ، ط ٢ ، دار ذات السلاسل ، الدوحة ، ١٩٨٠ ، ص ص ٥٩—٧٥ .
(٧) د. أمينة الكاظم ، مرجع سابق ، ص ٩٢ .

وفى عام ١٩١٦ عقدت بريطانيا معاهدة مع حاكم قطر آنئذ عبد الله بن قاسم ، ولما وضعت الحرب الأولى أوزارها تم تقسيم مناطق النفوذ بين الحلفاء ، وكانت قطر ومناطق الخليج الأخرى من نصيب بريطانيا . ولما ظهر البترول فى ايران ، زادت بريطانيا من قبضها على الخليج بمعاهدات تنفرد بمقتضاها بالبحث عن البترول .

وقد ارتبطت قطر بعلاقات خاصة مع قبائل الجزيرة العربية ، وساهم سكانها فى النشاط التجارى فى الخليج وفى صيد اللؤلؤ وبناء السفن . كما تطورت علاقات خاصة بينهما وبيت آل سعود ، وأمراء الرياض ، وهى تحت السيادة العثمانية حتى عام ١٩١٦ ، حينما أعلنت بريطانيا بسط حمايتها عليها ، وتعهد حاكمها الشيخ عبد الله بن قاسم آل ثانى فى هذا العام بإيثار بريطانيا بمركز خاص فى بلاده ، وتعهد بعدم الإرتباط أو عقد معاهدات مع الدول الأجنبية دونما موافقة بريطانيا ، وتفضيل الشركات البريطانية على غيرها فى التنقيب عن البترول واستخراجه(٨) .

أما من حيث النشاط الإقتصادى والعلاقات الإجتماعية فقد شكلت حرفة الغوص والبحث عن اللؤلؤ الأساس الإقتصادى للمجتمع القطرى ، علاوة على بعض الأنشطة الإقتصادية المساعدة للغوص كصناعة السفن وشباك الصيد والتجارة . وقد ازدهرت التجارة منذ بداية القرن التاسع عشر وحتى ثلاثينيات القرن العشرين بسبب اللؤلؤ ، وكان ملاك سفن الغوص والتجّار هم أكثر المستفيدين الذين يملكون ٨١٧ سفينة فى عام ١٩٠٧ . أما غالبية سكان قطر ، فقد عانوا من قسوة الحياة ومشقتها . وقد كان لنزوح القبائل العربية فى الماضى ، واستقرارهم على سواحل قطر ـــ التى يبلغ طولها ٧٠٠ كم ـــ الفضل فى قيام حرفة الصيد والغوص وتصدير اللؤلؤ(٩) . إلا أن صيد وتجارة اللؤلؤ أصيبت فى المقتل ، نتيجة لاستزراع اللؤلؤ فى اليابان عام ١٩٣٠ ، مما أدى إلى تقهقرها فى مجتمعات الخليج ككل . كما ساعد على انحسارها أيضاً ظهور البترول الذى نال الإهتمام الأكبر ، وحقق العائد الأسرع .

---

(٨) نفس المرجع السابق ، ص ٩٣ .

(٩) د. محمد أمين ابراهيم ، ود. سيفا سيبرامانيام ، المصايد القطرية : ماضيها وحاضرها ومستقبلها ، [illegible] مركز البحوث العلمية والتطبيقية ، جامعة قطر ، [illegible] ١٩٨٤ ، ص ص ٧ـ٩ .

وفى ظل البترول تأسست فى قطر — منذ الخمسينيات — مجموعة من الإدارات كالمصارف والجمارك والعمل والتجارة فى عهد الشيخ على بن عبد الله آل ثانى (١٩٤٩—١٩٦٠) ، الذى تنازل عن الحكم عام ١٩٦٠ لإبنه الشيخ أحمد الذى حكم قطر حتى عام ١٩٧٢ ، ثم حل محله ابن عمه الشيخ خليفة بن حمد آل ثانى[١٠] ، وقد تحقق الإستقلال عن بريطانيا فى ٣ سبتمبر ١٩٧١ .

ثانياً : التحديث : المفهوم والعوامل :

يمكن القول بأن التغير الحقيقى الذى حدث على المستوى البنائى والإجتماعى فى قطر ، طرأ نتيجة لاكتشاف البترول فى عام ١٩٣٩ وإنتاجه عام ١٩٤٩ وتصديره من حقول « دخان » . وهنا حدث التغير فى المجال الإقتصادى ، ومنه نتجت عدة تغيرات فى السكان حيث ازداد عددهم بالزيادة الطبيعية ، وغير الطبيعية كعودة القبائل المهاجرة ، والعمالة الوافدة . ثم بدأت خطط ومشروعات التنمية (١٩٧٢—١٩٨٢) فى جميع المجالات ، لتحديث المجتمع القطرى .

والواقع أن التحديث تزامن مع ظهور البترول ، وارتبط بالتطور السياسى ، مما أسفر عن تغير اجتماعى وثقافى شامل لتسير منظومة الحياة الإجتماعية والثقافية بشكلٍ متوازنٍ ، وتستوعب عملية التحديث وديناميانها وتتحكم فى مسارها المستقبلى لتتواءم مع أهداف المجتمع وخصوصيته التاريخية والإجتماعية والثقافية . ولذلك فالتحديث ينطوى على تغير فى القيم والإتجاهات وسائر عناصر المركب الثقافى والبناء الإجتماعى ، وليس مجرد عنصر ثقافى أو نظام اجتماعى[١١] .

والتحديث modernization ظاهرة عامة أكثر منها مجرد خصائص معينة مرتبطة بطبقة أو بفئة محددة . ولذلك يجب توفير المناخ الإجتماعى والثقافى والأقتصادى لزيادة فعاليته . كما أن التحديث عملية تنتج عن تضافر عدة عوامل كالمهنة والتعليم والتحضر والإتصال والإقتصاد والسياسة وغيرها ، وتدل دراسات التغير الإجتماعى على أن التحديث والتقليد tradition يستخدمان كقطبين متناقضين بإعتبار أن التحديث يتم على حساب التقليد . إلا أن واقع

(١٠) د. أمينة الكاظم ، مرجع سابق ، ص ص ٩٦—٩٧ .

(١١) د. جهينة سلطان ، مرجع سالف الذكر ، ص ١٨

المجتمع القطرى ــ والمجتمع الخليجى عادة ــ يؤكد على تفاعل واضح بينهما وتعايش فى كثير من عناصر الثقافة والنظم الإجتماعية . كذلك قد يكون الأفراد حديثين فى بعض الأبعاد والمواقف ، وتقليديين فى غيرها .

ويمكن **تعريف التحديث** بأنه « التغير الذى حدث فى اتجاهات الأفراد وسلوكهم الإجتماعى والسياسى والإقتصادى من جهة ، والتغير فى البناء الإجتماعى من جهة أخرى »[١٢] . وقد اهتم علماء الإجتماع والأنثروبولوجيا بالإختلاف والتمايز بين المجتمعات نتيجةً للتحديث . ولذلك درسوا كيفية ظهور بناءات جديدة ذات وظائف جديدة ، أو تبنى بناءات قديمة لوظائف بناءات جديدة أخرى ، مع التركيز على التباين بينها فى البناء والوظيفة والمجتمع والثقافة . كما اهتم هؤلاء العلماء بالآثار السلبية المصاحبة للتحديث كالصراع الثقافى والتخلف الثقافى ، وجناح الأحداث والصراع الطبقى وانتشار الأمراض النفسية والعصبية .

لقد تناول العلماء عملية التحديث من منطلقات مختلفة وبمفاهيم مختلفة كالتحديث السياسى ، والتحديث الإقتصادى ، والتحديث الإدارى ، والتكنولوجى ، والتعليمى .. الخ . كما ركزوا عليه كنوع من أنواع التغير وأحد العوامل التى تؤدى إلى التنمية . هو إذن عملية شاملة تؤثر فيها قوى خارجية وداخلية ، مادية ولا مادية ، ثقافية واجتماعية وسياسية واقتصادية تتفاعل معاً .

ومن ناحية أخرى يرتبط مفهوم التحديث بالتغير والتنمية ، حيث يشير إلى المرحلة التى تحول فيها المجتمع من حالة إلى أخرى يفترض أنها أفضل . ولذلك تعد التنمية عملية تغير حضارى مقصورة ومخططة ، مقدرة التأليف والوسائل والنتائج اجتماعياً واقتصادياً . ومن هنا يلتقى مفهوما التحديث والتنمية ، حيث يشير التحديث إلى عملية التغير الإجتماعى والإقتصادى والسياسى والثقافى عن طريق استجابة أفراد المجتمع ، ولذلك يستلزم التحديث تخطيطاً ووعياً جماهيرياً[١٣] .

---

(١٢) نفس المرجع السابق ، ص ٢٤ .

(١٣) د. جهينة سلطان ، المرجع السابق ، ص ٢٧ .

والتحديث أيضا عملية ثورية تتضمن تحولات شاملة فى البناءات الاجتماعية والإقتصادية والسياسية والقانونية ، فضلاً عن أساليب الحياة والقيم الثقافية . ويتضمن التحديث ــ شأنه شأن أى تغير شامل فى نمط الحياة الإنسانية ــ عادة صراعاً حاداً بين القوى الإجتماعية التى يكون التغير لصالحها ، وبين القوى التى تتضرر منه(١٤) .

ومع تقدم مناهج البحث وأدوات القياس ، تعددت مناهج وطرق دراسة التحديث فقد يكون المدخل اقتصادياً أو تاريخياً أو ثقافياً أو إيكولوجياً ... الخ(١٥) .

وقد انتهجنا المدخل الإيكولوجى فى التحديث الصحى فى دراسة سابقة لنا ، وفى دراستنا الراهنة نتبنى المدخل الثقافى لتبيان طبيعة العلاقة بين التحديث والطب الشعبى ، فى المجتمع القطرى بعد ظهور البترول وبروز مشروعات التنمية والتحديث فى مجالات الصحة والتعليم والإسكان والصناعة والإتصال ، وما نجم عن ذلك من تغيرات اجتماعية وثقافية .

أما عوامل التحديث فهى عديدة ، وبعضها داخلى ، وبعضها الآخر خارجى ، ويعتبر البترول عاملاً معجلاً بإحداث التغير فى مجتمعات الخليج ومنها المجتمع القطرى(١٦) . وقد أسفر ذلك عن سرعة فى تغير العناصر المادية ، تفوق نظيرها فى تغير العناصر المعنوية (الروحية) فى هذه المجتمعات(١٧) ، ولكنها لازالت للآن تعيش التغير وتجسُّده ، وتظهر آثاره فى تحديث بعض النظم الإقتصادية والإجتماعية والتعليمية .

وتحسن الإشارة إلى ديناميات التحديث وتحليل مراحله ــ قبل تناول العوامل التى يتحقق بفعلها ــ من خلال واقع الصحة والتحديث الصحى . ومن ذلك حملات الصحة العامة فى قرية لوس مولينوس Los Molinos ببيرو ،

(١٤) د. السيد الحسينى وآخرون ، دراسات فى التنمية الإجتماعية ، ط ٥ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٤ ، ص ص ٤١ــ٤٤ .
(١٥) د. على المكاوى ، البيئة وأنماط المرض ، مرجع سابق ، ص ص ٥ــ٦ .
(١٦) على المكاوى ، الثبات والتغير فى العادات والمعارف ، مرجع سابق ، ص ١٧٢ .
(١٧) د. محمد غانم الرميحى ، البترول والتغير الإجتماعى فى الخليج العربى ، معهد الدراسات العربية ، القاهرة ، ١٩٧٥ ، ص ٣١ .

التى سعت لتوعية الأهالى وإقناعهم بضرورة تسخين الماء قبل شربه للحفاظ على الصحة العامة . غير أن الإمكانيات المحدودة لهذا المجتمع حالت دون ذلك ، ففشلت حملات الصحة وفشل التحديث الطبى[١٨] . وتتضمن عملية التحديث هذه أربع مراحل هى[١٩] :

١ــ اختراع invention الفكرة وهى مرحلة خلق الأفكار الجديدة وتطويرها .
٢ــ الإنتشار diffusion وهى مرحلة وصول الأفكار إلى أعضاء النسق الإجتماعى .
٣ــ مناقشة discusion الفكرة الجديدة ودراسة جدواها ومدى تطابقها مع الثقافة السائدة أو تعارضها معها .
٤ــ النتائج results وهى التغيرات التى نجمت عن استخدام أو تبنى الفكرة الجديدة ، أو رفضها .

كذلك بذلت حكومة المكسيك جهداً ملحوظاً لإنشاء العيادات والمستوصفات الطبية فى مدينة تزينتزونتيزان Tzintzuntzan وإدخال الخدمات الصحية الحديثة (التحديث الصحى) . وقد تبنى الناس هذا التحديث ، وبدأوا فى التغلب على الصعوبات الثقافية والإجتماعية والنفسية بالتدريج . إلا أن صعوبة الوصول إلى الخدمة الصحية فى مدينة أخرى تبعد عنها عشرة أميال صرف الناس عن الطب الحديث ، ودفعهم للإعتماد على الطب الشعبى فى قراهم بدلاً من الإنتقال إلى المراكز الصحية بالمدينة[٢٠] . فالطب الشعبى فى متناول أيديهم ، ويعفيهم من مشقة الإنتقال ، وأجر المواصلات ، ويوفر لهم الوقت الذى يضيع فى الإنتقال وفى الإنتظار فى عيادات الأطباء ، وربما البقاء فى المستشفى أو المركز الصحى لمرافقة أطفالهم المحجوزين فيه للعلاج[٢١] .

(١٨) Lucy Mair, An Introduction to Social Anthropology, Oxford, Uni. Press, 1968, pp. 264-265.

(١٩) د. على المكاوى ، الأنثروبولوجيا الإجتماعية ودراسة التغير والبناء الإجتماعى ، مكتبة نهضة الشرق ، القاهرة ، ١٩٩٠ ، ص ص ٢٢٣ــ٢٢٤ .

(٢٠) د. على المكاوى ، علم الإجتماع الطبى ، مرجع سابق ، ص ٣٢٦ .

(٢١) George Foster, Traditional Societies and Technological Change, Op. Cit., p. 79.

والملاحظ أن تحديث الخدمة الصحية لا يقتصر على مجرد إدخالها في المجتمع بقدر ما يعتمد على يُسر الحصول عليها بلا مشقة أو مغالاة في الثمن . ولذلك نجد أن بُعد الوحدة الصحية عن قرية معينة في مصر وصعوبة الإنتقال إليها ، يحول دون إفادة أبنائها من الخدمات الصحية الحديثة . أما لو قربت الوحدة الصحية من القرية لتيسر الإنتفاع بخدماتها وهذا واقع قرى عديدة ، مما دفع أبناءها للإعتماد على الطب الشعبي وممارسيه من الحلاقين والقابلات والمعالجين بالأعشاب وغيرهم[22] .

ويمكن أن نرجع التحديث إلى العوامل التالية :

١ــ العوامل الإقتصادية :

وهى من أشد العوامل التى تؤثر فى عملية التحديث والتغير . فالناس يعارضون أحياناً تغيير معيشتهم بفعل تحكم عوامل ثقافية واجتماعية ونفسية . ولكن إذا كان العائد الإقتصادي أفضل ، فإن استعدادهم للتغير يزداد ، ولعل للصناعة دوراً هاماً فى التحديث نتيجة لتغير علاقات العمل والإنتاج ، وتأثير التصنيع على العمال والإداريين ، ومدى توافق النسق القهمي الصناعي مع نسق قيم المجتمع ، والتغيرات التى يحدثها على القيم ومواقف العمال والحكومة ... إلخ[23] . والواقع أن البترول هو أكبر العوامل الإقتصادية التى ساعدت على تحديث المجتمع القطري ، بما وفره من عائدات اتجهت للإنفاق على مشروعات التحديث وإنجازها بكفاءة .

٢ــ التعليــــم :

وهو محرك أساسى للتحديث ، لأنه يعتمد على العقل والمنطق ، وينمي الفكر ، كما أنه أساس لتنمية الوعى بالهوية القومية ، والإسهام فى خطط ومشروعات التحديث ، علاوة على أنه ينمي التفكير الإبتكارى وما يسميه كارل مانهايم K. Mannheim « الإتصال الفائق fresh contact بالثقافات

---

(٢٢) فوزى عبد الرحمن ، دراسة أنثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية ، مرجع سابق ، ص ٢١١ .

(٢٣) د. جهينة سلطان ، مرجع سابق ، ص ١٢٨ .

الأخرى ، والإستفادة منها[٢٤]. كما يسفر التعليم عن فئة تحافظ على الوضع السياسى ، وهو أيضاً وسيلة تنشئة اجتماعية وثقافية تحافظ على القيم التقليدية أو تقوم بتحديثها[٢٥] .

٣ــ العوامل السياسية :

وهو ذات تأثير واضح على النظام الإقتصادى حيناً ، وتتأثر به حيناً آخر . ولذلك فإن الدول النامية تسعى لإقامة نظام سياسى يحمى القاعدة الإقتصادية والإستقلال الإقتصادى ويحافظ عليهما . ولعل المشاركة السياسية ، والمجالس التنفيذية والتشريعية ، والدستور ، تعبر عن دور العوامل السياسية فى التحديث .

٤ــ وسائل الإتصال :

وهى عامل يعجل بالتحديث من خلال مجموعة من الوسائل كالصحافة والإذاعة والتليفزيون والسينما والمسرح والمجلات والنشرات والندوات وغيرها ، وتنقل مضموناً (رسالة) إلى الجمهور (المستقبل) للتأثير فيه (نتائج الإتصال : التحديث)[٢٦] ، وغالباً ما تتمثل فى تشكيل الآراء وتنمية الوعى السياسى وصياغة الإتجاهات وتحوير القيم . وتقرّب وسائل الإتصال المسافات بين المجتمعات ، وتربط بينها بشكل يدعم العلاقات ، وينقل المضمون الجديد عبر مختلف المجتمعات ، علاوة على أنها تربط بين القطاعات الإجتماعية فى المجتمع الواحد (البادية والريف والحضر) ، وبين المناطق الثقافية . وبالتالى فهى تطلع الفرد على تجارب الآخرين وخبراتهم فى مجتمعه والمجتمعات الأخرى فينتمى إليها فكرياً ، ويتفتح ذهنه ويتسع أفقه فيقبل على الحياة الجديدة بأفكار جديدة وسلوك جديد وإتجاهات جديدة .

٥ــ التحضــــر :

وهو ثورة اجتماعية أوجدت نظماً اجتماعية جديدة ، وعمليات اجتماعية عديدة يسرت سيطرة الإنسان على البيئة الطبيعية ، ومهدت لظهور

---

(٢٤) د. على المكاوى ، الأنثروبولوجيا الإجتماعية ، مرجع سابق ، ص ص ٢٢٣ــ٢٢٤ .

(٢٥) على المكاوى ، التغير والثبات ...، مرجع سالف الذكر ، ص ص ٢٠٣ــ٢٠٤ .

(٢٦) Evert Rogers and Floyed Shoemaker, Communication of Innovation, Op. Cit., pp. 7-11.

الإختراعات[٢٧] . وبالتالى فالتحضر ــ تاريخيا ــ أدى إلى الكثافة المهنية والتنوع المهنى واختراع الكتابة والحساب ، وظهور الصفوة الحضرية وعمليات التغير الثقافى والتعلم ، وفى النهاية يؤدى ــ فى كل المجتمعات ــ إلى التحديث . وقد أدى ظهور البترول فى المجتمع القطرى إلى ظواهر حديثة عديدة ، ومنها تكوين مجتمع المدينة ، نتيجة لموجات الهجرة الداخلية والخارجية ، الفردية والجماعية ، الدائمة والمؤقتة[٢٨] . ولذلك تضاعف سكان الحضر فى قطر خلال ربع قرن (١٩٥٠ــ١٩٧٤) من ٥٠٪ إلى ٧٦,٥٪ ، كما أدى البترول إلى ظهور مدن البترول بين يوم وليلة ، وتظهر المدينة أولاً كمجموعة خيام ، فإذا نجح البئر نمت المدينة نمواً منفعلاً فى معدله وسرعته ، ولكنها عموماً مدن صغيرة الحجم[٢٩] .

ثالثاً : المجتمع القطرى بعد التحديث :

بعد ظهور البترول أصبحت مجتمعات الخليج تمتلك ٦٠٪ من الإحتياطى العالمى للبترول ، وزاد الدخل القومى ، وتغيرت أنماط الإستهلاك وانتشرت ثقافته وصار أسلوب حياة[٣٠] . كذلك ازداد انفاق الدول الخليجية ــ ومنها قطر ــ على مشروعات وبرامج التحديث فى مجال الصحة والتعليم والإسكان والتصنيع والإتصال ، فطرأ التغير الإجتماعى والثقافى ، وظهرت علاقات وقطاعات اجتماعية عديدة كقطاع العمال وقطاع التجار وقطاع المعلمين .

والواقع أن التحديث يثير قضية العلاقة بين التقاليد والحداثة . ولذلك يحرص المجتمع القطرى على الوصول إلى مجتمع تقليدى حديث ، أى يجمع بين الأصالة والمعاصرة ، فيضع نفسه فى مصاف الدول الحديثة ، ويحافظ على تقاليده القومية فى نفس الوقت[٣١] . ولعل ذلك يتضح فى تحمس المجتمع القطرى لتحديث الطب والخدمات الصحية ، طالما يمكن المحافظة على الطابع

(٢٧) د. السيد الحسينى ، المدينة : دراسة فى علم الإجتماع الحضرى ، ط ٤ ، دار قطرى بن الفجاءة ، الدوحة ، ١٩٨٦ ، ص ص ١٨ــ١٩ .
(٢٨) د. جهينة سلطان ، مرجع سابق ، ص ١٣٢ .
(٢٩) د. السيد الحسينى ، المدينة ، مرجع سابق ، ص ٢٦٠ .
(٣٠) د. أحمد زايد وآخرون ، الإستهلاك فى المجتمع القطرى : أنماط وثقافته ، مركز الوثائق والدراسات الإنسانية ، جامعة قطر ، الدوحة ١٩٩١ ، ص ص ٢٠٢ــ٢٦٤ .
(٣١) د. جهينة سلطان ، مرجع سابق ، ص ٤٨ .

القومى . وهذا يمثل المجتمع الأوسط أو الإنتقالى transitional الذى يجمع بين التقليدية والحداثة ، ويتجاوز الثنائية الحاسمة التى وضعها علماء الإجتماع (كونت ودوركايم وسبنسر وتونيز) والأنثروبولوجيا (ريدفيلد ولينر) . كذلك قد يكون المجتمع حديثاً فى بعض النظم وعناصر الثقافة ، وتقليدياً فى بعضها الآخر ، ويصدق ذلك أيضاً على الأفراد ، فيكون أحدهم تقليدياً فى بعض القيم والإتجاهات والتصورات ، وحديثاً فى بعضها الآخر .

وسوف نعرض فى الفقرات التالية لمظاهر التحديث فى المجتمع القطرى ، بالتركيز على مجالات الصحة والتعليم والإسكان والتصنيع والإتصال .

أ - التحديث فى المجال الصحى :

وهو يتمثل فى إدخال النظم الصحية والمؤسسات المتخصصة الحديثة لتقديم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية كالمراكز الصحية والمستشفيات ، علاوة على إنشاء مراكز التدريب الصحى ومدرسة التمريض ، وأخيراً قسم التمريض بجامعة قطر . فقد أنشئت مستشفى الرميله ومستشفى الدوحة للأمراض الصدرية ، ومستشفى حمد العام ، ومستشفى حمد لأمراض النساء والولادة ، ومستشفى العزل الجديد ، علاوة على العيادة الخارجية وثلاثة وعشرين مركزاً صحياً . ونقدم لمحة تاريخية سريعة حول التحديث الصحى فى قطر .

كانت الخدمات الطبية والصحية فى قطر تنقسم إلى دائرتين هما الدائرة الطبية ودائرة الصحة العامة . وفى عام ١٩٤٥ تم إنشاء أول مستشفى عام فى قطر مكان مستشفى الأمراض الصدرية المزمنة السابق ، ويتسع لثلاثين سريراً ويعمل به طبيب واحد مقيم . وفى عام ١٩٥١ بدأ بناء مستشفى الرميله الحالى وافتتح فى ٥ /١١ /١٩٥٧ ويضم ١٢٠ سريراً ويعمل به أخصائى جراحة وأخصائى آخر للأمراض الباطنية[٣٢] .

وفى عام ١٩٥٤ افتتحت أول عيادة خارجية للأسنان ، كما افتتحت ثلاثة مستوصفات هى (الشرق والريان والخور) . وفى عام ١٩٥٨ افتتح القسم الطبى الخاص بالصحة المدرسية وتحت اشراف الدائرة الطبية . وفى

(٣٢) إدارة خدمات الرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة ، تطور خدمات الرعاية الصحية الأولية فى دولة قطر ، الدوحة ، ديسمبر ١٩٨٤ ، ص ١ .

١٦ /٥ /١٩٥٩ افتتحت مستشفى النساء والولادة وتضم ٨٠ سريراً(*) . وفى ٢٧ /٨ /١٩٦٤ صدر قانون بدمج الدائرة الطبية والدائرة الصحية تحت اسم الخدمات الطبية والصحة العامة ، ويشرف عليها مدير ووكيلان أحدهما للخدمات الطبية وثانيهما لشئون الصحة العامة والطب الوقائى . وفى ٣٠ /٩ /١٩٦٧ تم افتتاح العيادة الخارجية بمستشفى الرميلة . وفى عام ١٩٦٨ تم افتتاح مستوصف الوكرة والوكير(٣٣) .

وحتى عام ١٩٧٨ كانت الخدمات الصحية تقدم فى مستشفى الرميلة ومستشفى الولادة ومستشفى الدوحة وبعض المستوصفات القليلة . ولعدم وجود أخصائيين فى فروع الطب المختلفة ، أدخلت الدولة نظام العلاج فى الخارج ، وصار لكل مواطن قطرى الحق فى العلاج بالخارج ــ حسب قرار لجنة طبية ــ على نفقة الدولة . وكان لدى الدولة أربعة موظفين يمثلون الشئون الطبية فى لبنان ومصر والنمسا وبريطانيا . وقد شهدت قطر فى السنوات العشرة ١٩٨١ /١٩٩١ تطوراً ملحوظاً فى تحديث الخدمات الصحية والطبية ، وخاصة بعد بناء مستشفى حمد العام وإنشاء شبكة المراكز الصحية التى تغطى الدولة ككل . وقد ساهمت هذه المشروعات والبرامج فى تحديث المجتمع القطرى فى مجال الصحة ، ولذلك طرأ التغير على الممارسات الشعبية المتعلقة بالصحة والمرض ، وانحصر الطب الشعبى إلى حد ما أمام الطب الحديث ، ولم يبق منه تقريباً إلا الخدمة العلاجية (النفسية أو العضوية) التى يعجز عن تقديمها الطب الحديث فى أثناء فحوصه ومعالجاته(٣٤) .

٢ــ التحديث فى مجال الإسكان :

لقد أدى التحديث والتحضر إلى رفع المستوى الإجتماعى والإقتصادى للمجتمع القطرى ، ومن ذلك الإسكان فاتسعت مدينة الدوحة العاصمة وصارت منطقة جاذبة لسكان قطر عامة ، وللعمالة الوافدة المختلفة بشكل

(*) سنعود إلى مناقشة الخدمات الصحية الحديثة فى الفقرة (خامساً) القادمة .

(٣٣) المرجع السابق ، ص ٢ .

(٣٤) د. على المكاوى ، الثبات والتغير فى العادات ، مرجع سابق ، ص ص ١٩٩ــ٢٠١ .

خاص ، حتى سكنها ٨٣,٨٪ من إجمالى سكان قطر البالغ فى مارس ١٩٨٦ حسب التعداد ٣٦٩,٠٧٩ نسمة[٣٥] .

وقد بدأ أول مشروع للإسكان فى عام ١٩٦٦ بحى المنتزه ، حيث أوصت لجنة الإسكان بإنشاء ٣٠٠ وحدة سكنية سنوياً . وينقسم الإسكان إلى ثلاثة أنواع هى الإسكان الحكومى للقطرين ، والإسكان الحكومى لغير القطريين ، وسكن المعوقين . وضم النوع الأول ثلاثة مستويات هى سكن كبار الموظفين ، وسكن ذوى الدخل المتوسط ، ومساكن ذوى الدخل المحدود[٣٦] . كما زادت ميزانية بناء المساكن وخُصصت لذوى الدخل المحدود ، بالإضافة إلى المساكن الشعبية التى شيدتها الدولة فى مدن وقرى قطر ، وفى المناطق البدوية التى يتبعثر فيها البدو . وقد بلغ عدد المساكن الشعبية للعجزة ٥٣٠٢ بيتاً حتى عام ١٩٧٧ ، كما تم إنشاء ٣٤٧٢ مسكناً لذوى الدخل المحدود ، و ١٤١٠ مساكن للعجزة فى شكل تجمعات سكنية صغيرة وحديثة ، يجتمع فيها سكان القرى الصغيرة والقديمة .

وقد بلغ عدد المبانى السكنية فى بلدية الدوحة ٢٩,٥٦٩ مبنىً ، وفى البلديات التسع التى تضمها دولة قطر يوجد ٥٥,٧٥٠ مبنى[٣٧] ، تتنوع ما بين منشآت ومبانٍ سكنية ومعظمها مزود بمرافق المياه ٣٧,٢٩٥ مبنى ، وبالكهرباء ٤٦,٢٢٣ ، وبالمجارى ٢٥,٠٣٧ . كما تتنوع هذه المبانى السكنية ما بين قصور وفلل ١٢,٩٤١ وبيوت عربية ١٤,٢٦٣ ، وبيوت شعبية ٨٧٦٣ ، ومبانٍ إضافية ٤,٠٥٩ ، وبيوت عجزة ٧٨٠ ، وشقق ١٥,١٩٤ ، وحجرات مستقلة ٤١٧ ، وهوامش وأخرى ٥,٧٢٨ ، وأجزاء من منشآت ٢,٢٩٨ ، ويبلغ إجمالى هذه الوحدات ٦٤,٥٤٣ وحدة سكنية[٣٨] .

---

(٣٥) الجهاز المركزى للإحصاء ، التعداد العام للسكان والمساكن (مارس ١٩٨٦) ، الدوحة ، سبتمبر ١٩٨٧ ، ص ٨ .

(٣٦) السكان والعمالة الوافدة ، مرجع سابق ، ص ١٢٤

(٣٧) الجهاز المركزى للإحصاء ، التعداد العام ، مرجع سابق ، ص ص ١٦٣ـــ١٦٨ .

(٣٨) نفس المرجع سابق ، ص ١٩٣

٣ـ التحديث فى مجال التعليم :

وهو أكثر المجالات تأثيراً فى المجتمع وتغييره ، ولقد بدأ التعليم الرسمى فى قطر فى عام ١٩٥١ /١٩٥٢ حيث افتتحت مدرسة ابتدائية واحدة للبنين ، ثم صارت ثلاثة مدارس فى العام القادم٥٢ /١٩٥٣ . وفيما قبل كان التعليم الأهلى يتم لدى المطوع (للبنين) والمطوعة (للبنات) ، وهو نظام الكتاتيب المعروف فى مصر . وفى عام ٥٤ /١٩٥٥ أفتتحت أول مدرسة إبتدائية للبنات وكانت تضم ٥٠ تلميذة تعلمهن معلمة واحدة(٣٩) . واكتملت المرحلة الأبتدائية بتخريج أول دفعة من البنين عام ١٩٥٧ ، فافتتحت أول المدارس الإعدادية فى هذا العام . ثم توالى افتتاح المدارس الإعدادية للبنات (١٩٦٥) ، ثم الثانوية (للبنين والبنات) ، ثم المدارس الثانوية الفنية (مدرسة الصناعة والمعهد الدينى ودار المعلمين والمعلمات لتخريج معلمين وطنيين للمرحلة الإبتدائية ، ومدرسة التجارة ومعهد الإدارة ومعهد اللغات) .

ولذلك وصل عدد المدارس ١٧٨ مدرسة عمت المدن والقرى فى المجتمع القطرى ، منها ٨٩ مدرسة للبنات و ٨٩ مدرسة للبنين . وبلغ عدد الطلاب والطالبات فى العام الدراسى ٨٨ /١٩٨٩ م ٥٩٩٢٩ منهم ٢٩٥٢٠ طالبة بنسبة ٤٩٪ من المسجلين(٤٠) .

وفى العام الدراسى ٧٣ /١٩٧٤ بدأت الدراسة بكليتى تربية للمعلمين والمعلمات بدولة قطر ، كنواة لجامعة قطر . وفى ٨ /٦ /١٩٧٧ صدر المرسوم الأميرى بقانون رقم (٢) بإنشاء الجامعة وكلياتها وسميت جامعة قطر . وهى تضم الآن كليات التربية ، والإنسانيات والعلوم الإجتماعية ، والعلوم ، والشريعة والدراسات الإسلامية ، والهندسة ، والإدارة والإقتصاد ، والكلية التكنولوجية(٤١) . وفى خلال السنوات ٧٦ /١٩٧٧ـ٨٧ /١٩٨٨ بلغ إجمالى عدد الخريجين ٥٠٨٠ خريجاً ، منهم ١٦٦٢ طالباً و ٣٤١٨ طالبة(٤٢) يوضحها الجدول التالى :

---

(٣٩) وزارة التربية والتعليم ، التقرير السنوى للعام الدارسى ٨٨ /١٩٨٩ ، الدوحة ، ص ١٥

(٤٠) وزارة التربية والتعليم ، المرجع السابق ، ص ١٥ و ص ٥٣ .

(٤١) جامعة قطر ، الدليل الدراسى للطالب ، العام الجامعى ٨٧ /١٩٨٨ ، ص ص ٥ـ٦ .

(٤٢) جامعة قطر ، التقرير الإحصائى السنوى ، العام الجامعى ٨٨ /١٩٨٩ ، ص ص ١٢٥ـ١٠٨ .

النوع / الجنسية	قطريون	غير قطريين	المجموع
ذكور	٨٦٢	٨٠٠	١٦٦٢
إناث	٢٣٧٦	١٠٤٢	٣٤١٨
جملة	٣٢٣٨	١٨٤٢	٥٠٨٠

ولم يقف تحديث التعليم على إنشاء هذه المدارس والمعاهد التى تستوعب الطلاب بدءاً من سن الإلزام ، وإنما امتد ليشمل مَنْ فاتهم سن التعليم ، ولذلك توسعت الدولة فى افتتاح مدارس ومراكز محو الأمية وتعليم الكبار (٢٤ مدرسة للرجال) و (١٩ مدرسة للنساء علاوة على ٣ مراكز محو الأمية) . وهى تغطى المرحلة الإبتدائية والإعدادية والثانوية ، ويوضحها الجدول التالى[٤٣] :

النوع / المرحلة	الرجال		النساء		المجموع	
	المدارس	الدارسون	المدارس	الدارسات	المدارس	الدارسون
الابتدائية	١٢	٢١٨٨	٨	١٥٩٦	٢٠	٣٧٨٤
الاعدادية	٧	٧٠٢	٧	٥٢١	١٤	١٢٢٣
الثانوية	٥	٦٩٤	٤	٥٥٧	٩	١٢٥١
الجملة	٢٤	٣٥٨٤	١٩	٢٦٧٤	٤٣	٦٢٥٨

لقد ساهمت هذه البرامج والمؤسسات التعليمية فى تحديث المجتمع القطرى ، إذ أن التعليم يكسب المتعلمين مهارات وخبرات عديدة تؤهلهم للعمل فى أحد المجالات المهنية ، والإنتماء إلى مؤسسات معينة ، وإكتساب القيم والإتجاهات الجديدة التى تساعد على التحديث وتمهد لتخلله فى سائر النظم الإجتماعية والعناصر الثقافية .

(٤٣) وزارة التربية والتعليم ، مرجع سابق ، ص ص ٣٣٩ــ٣٤٠ .

٤ــ التحديث فى المجال الإقتصادى (التصنيع) :

ولعل البترول هو نقطة البداية فى التحديث الإقتصادى ، حيث أحدث تغيراً فى العلاقات القانونية والدولية ، ومارس دوره فى التطور الإقتصادى ، وخلق تحالفات جديدة ، وفك تحالفات قديمة ، وأثار صراعات وثورات ، ومازال يفعل ذلك حتى الوقت الحاضر(٤٤) . ولكن الواضح أن البترول يمثل نقطة تحول أخرى نحو التحديث من خلال الصناعة والتصنيع ، حيث تتغير علاقات العمل والإنتاج ، ويؤثر التصنيع على العمال والإداريين ، وعلى نسق القيم ، وعلى مواقف العمال والحكومة .. الخ(٤٥) . ولكن الملاحظ أن المجتمع القطرى حديث العهد بالتصنيع ، علاوة على أن القطريين لا يزال دورهم هامشياً فى الصناعة الإنتاجية والتحويلية والتعدينية ، كما أنهم ينفرون من العمل اليدوى ، ويلصقونه بالجماعات ذات المكانة الإجتماعية الدنيا كالهنود والكوريين والباكستانيين(٤٦) . ولعل هذا الموقف يطرح ضرورة المشاركة الفعلية فى الإنتاج الصناعى .

ومهما كان الأمر ، فإن الصناعة ترتبط بالتكنولوجيا ، وبالتالى فإن المجتمع بصفة عامة ــ والمشتغلين بالصناعة بصفة خاصة ــ يعايش صراعاً ثقافياً بين العادات والتقاليد والقيم القديمة ، وبين أنماط السلوك الجديدة المرتبطة بالتطور التكنولوجى . وقد قامت الصناعة فى قطر ، وارتبطت بالبترول فى البداية بإعتباره المحرك الأساسى للتحديث. وهى تتمثل فى مصنع الحديد والصلب، ومصنع الأسمدة الكيماوية ومصنع السوائل الغازية ، وشركة البتروكيماويات ومصنع السماد العضوى ، علاوة على المؤسسة العامة القطرية للبترول التى تضم ست شركات وهى نفط قطر المحدودة ، وشل قطر المحدودة ، والعربية المحدودة لنقل البترول ، والعربية لأنابيب البترول « سومر » ، والبترول الوطنية للتوزيع ، والعربية لبناء وإصلاح السفن(٤٧) . كذلك امتدت سياسة الحكومة

---

(٤٤) د. محمد غانم الرميحى ، النفط والعلاقات الدولية : وجهة نظر عربية ، العدد ٥٢ من سلسلة عالم المعرفة ، ابريل ١٩٨٢ ، الكويت ، ص ص ٢٤٢ــ٢٤٣ .

(٤٥) د. جهينة سلطان ، مرجع سابق ، ص ١٢٨ .

(٤٦) د. فاروق اسماعيل ، « التغير الإجتماعى والثقافى فى المجتمع القطرى » ، ورقة مقدمة إلى ندوة قضايا التغير فى المجتمع القطرى ، مركز الوثائق والدارسات الإنسانية ، جامعة قطر ، ٢٥ــ٢٨ فبراير ١٩٨٩ ، جـ ١ ، الدوحة ، ١٩٩١ ، ص ص ١٩٦ــ١٩٧ .

(٤٧) د. جهينة سلطان ، مرجع سابق ، ص ١٢٨ .

إلى تنمية الصناعات الخفيفة وتشجيعها ، ولذلك نجد ما يزيد على ٣٠٧٤ مصنعاً صغيراً خاصاً من مختلف الأنواع — فى قطر — يستخدم كل منها أكثر من خمسة عمال ، بالإضافة إلى إنشاء المناطق والمدن الصناعية مثل دخان ومسيعيد .

ولقد صاحبت البترول والصناعة ظواهر حديثة فى المجتمع القطرى تمثلت فى تغير البناء السكانى ، وتنوع المهن والوظائف ، وزيادة موجات الهجرة الداخلية والخارجية ، وتغير طريقة الحياة ، وظهور مجتمع المدينة . فقد ساعدت عائدات البترول على التحديث الإقتصادى ، وظهرت فئات اجتماعية وعمالية ومهنية متعددة تضم القطريين وغيرهم ، فى المجالات الفنية والإدارية والطبية والهندسية والتدريسية والتمريضية .

كذلك زادت معدلات الهجرة الداخلية من البوادى إلى الدوحة العاصمة حتى صارت تضم وحدها ٨٣,٨٪ من إجمالى سكان قطر البالغ ٣٦٩,٠٧٩ (أى ٣٠٩,٢٩٠ نسمة من القطريين ، بخلاف الجنسيات الأخرى) ، على حين تضم البلديات الأخرى فى قطر ٥٩,٧٨٩ نسمة وبنسبة ١٦,٢٪[٤٨] . وفى نفس الوقت ارتفعت موجات الهجرة الخارجية إلى قطر بأشكال مختلفة (فردية وجماعية) وبمستويات مختلفة (منظمة وغير منظمة) ، وشملت جنسيات متباينة (أوروبية وأمريكية وعربية وخليجية ووافدة وآسيوية من الهنود والباكستانيين والإيرانيين والبتان[*]) . وقد ترتب على تفاعل هذه الروافد المختلفة من الإتصال الثقافى أن غلبت مظاهر التحديث فى المجتمع القطرى والخليجى بشكل عام[٤٩] ، فظهرت النزعة الفردية ، وغلب الإهتمام بمظاهر الحياة الحضرية والإستهلاك الترفى والإستهلاك غير العادى فى المناسبات العائلية والإجتماعية[٥٠] ، وتغيرت العلاقات الإجتماعية . وتعلمت المرأة القطرية وعملت فى القطاعات الحكومية والأهلية المختلفة . كذلك تقلصت الأسرة

---

(٤٨) الجهاز المركزى للإحصاء ، التعداد العام ، مرجع سابق ، ص ص ٨—١١ .

(*) البتان هم سكان المناطق الجبلية فى باكستان ويعملون فى قطر فى قيادة السيارات والشاحنات ، وأعمال البناء والتعمير .

(٤٩) د. على المكاوى ، الثبات والتغير فى العادات ، مرجع سابق ، ص ١٧٣ .

(٥٠) د. أحمد زايد وآخرون ، مرجع سابق ، صفحات ١٧٤ و ١٨٣ و ٢٠١ .

الممتدة ، وبرزت الأسر النووية ، فطرأ التغير على القيم والعادات والإتجاهات والتصورات ، وهنا تجسدت مظاهر التحديث فى أوضح مجالاتها .

لقد أسفرت هذه العوامل السابقة — بالإضافة إلى التعليم — عن اتساع الرقعة الحضرية ، وزيادة معدلات التحضر ، فتحولت المدن المؤقتة (أو مدن الخيام) إلى مدن حديثة(٥٢) ، علاوة على ظهور المدن الجديدة ذات الطابع الصناعى ومنها مدينة دخان فى الغرب ، وأم سعيد فى الجنوب الشرقى . وكانت النتيجة هى المزيد من تحديث المجتمع القطرى .

٥ـ التحديث فى مجال الإتصال :

يتيح الواقع القطرى الفرصة للإتصال الثقافى المباشر سواء فى مجال التعليم (الجماعة القطرية بالجماعات المصرية والأردنية والفلسطينية) ، أو فى مجال الخدمات (مع الجماعات الهندية والفلبينية والسيرلانكية) ، أو فى الوظائف والدواوين والمصانع (الجماعات العربية والآسيوية والأوروبية والأمريكية)(٥٢) . أما الإتصال الثقافى غير المباشر فهو يتمثل فى الإذاعة والصحافة والتليفزيون وغيرها . وقد ساهم هذا الإتصال بنوعيه فى التعجيل بالتحديث والإلحاح عليه ، وزاد ذلك فى الجانب المادى للثقافة بمعدل اكبر مما حدث فى الجانب الروحى وفى أنماط الحياة الإجتماعية(٥٣) .

والواقع أن الإتصال نال اهتمام الحكومة القطرية للتعجيل بالتحديث ، فأنشأت أولاً وزارة للإعلام ترعى شئون الإتصال الجماهيرى ، ومنها الإذاعة التى أنشئت فى يونية ١٩٦٨ وهى تبث برامجها باللغتين العربية والإنجليزية ، علاوة على بعض البرامج الموجهة باللغات الآسيوية كالهندية والأوردية والفارسية وغيرها . كما افتتح التليفزيون القطرى فى أغسطس ١٩٧٠(٥٤) . هذا بالإضافة إلى الصحف اليومية (الراية والشرق والعرب والجلف تايمز Gulf Times) ، والمجلات الأسبوعية والشهرية ، والمطبوعات المصورة والمعلقات

---

(٥١) د. السيد الحسنى ، المدينة ، مرجع سابق ، ص ٢٦٠ .
(٥٢) د. فاروق اسماعيل ، مرجع سابق ، ص ١٠٢
(٥٣) د. على المكاوى ، الثبات والتغير ... مرجع سابق ، ص ١٧٣ .
(٥٤) د. جهينة سلطان ، مرجع سابق ، ص ١٣٦

والبحوث والخرائط . وقد ساعدت كل هذه الوسائل المتنوعة فى تحديث المجتمع القطرى .

وإذا كان الإتصال المباشر وغير المباشر ــ المشار إليه منذ قليل ــ يتمثل فى انتقال الجماعات والروافد الإتصالية إلى المجتمع القطرى ، فإن هناك روافد أخرى للإتصال تتمثل فى انتقال القطريين أنفسهم خارج مجتمعهم إلى مجتمعات أخرى (عربية أو أوروبية أو آسيوية أو أمريكية) بقصد السياحة أو العلاج أو الدراسة أو التجارة أو العمل الدبلوماسى ، وما يترتب عليه من تحديث فى القيم والعادات والإتجاهات والتصورات على المستوى الفردى ثم على المستويين الجماعى والمجتمعى .

رابعاً : فروض الدارسة ومنهجيتها :

١ــ فروض الدراسة :

تعددت أساليب التحديث وعوامله ، وتعددت مظاهره فى المجتمع القطرى ، مما كان له مردوده على الثقافة التقليدية بشكل عام ، وعلى الممارسات الطبية الشعبية بشكل خاص . وعلى هذا فإننا نفترض أن أكثر الأشخاص تعرضاً للتحديث ــ وعوامله المختلفة ــ هم أكثر الفئات الإجتماعية اعتماداً على الطب الحديث . أى أن هناك ارتباطاً عكسياً بين التعرض للتحديث والإعتماد على الطب الشعبى .

وتثير الدراسة أربعة فروض رئيسية ، نحاول الإجابة عليها فى المجتمع القطرى ، وهى مستمدة من الإطار التصورى ــ الذى ناقشناه فى الفقرة ثانياً ــ حول التحديث وعوامله ومعالمه :

الفرض الأول :

كلما تعرض الشخص لعامل أو أكثر من عوامل التحديث كلما هجر الممارسات الطبية الشعبية واعتمد على الطب الحديث .

الفرض الثانى :

إذا قل تعرض الشخص لعوامل التحديث ، زاد اعتماده على الطب الشعبى وقل لجوءه إلى الطب الحديث .

وتُشتق من هذا الفرض الرئيسى مجموعة فروض فرعية حول عوامل التحديث هى :

١ــ يؤدى التعليم إلى تغيير اتجاهات المتعلمين نحو الثقافة العلاجية الشعبية فيعتمدون على الطب الحديث والمؤسسات الطبية الحديثة .
٢ــ تمارس وسائل الإتصال دورها فى تحديث الثقافة عامةً ، والثقافة العلاجية خاصةً .
٣ــ تحد الأوضاع الطبقية المرتفعة من الأعتماد على الطب الشعبى .
٤ــ يلعب السياق السياسى دوره فى تحديث المجتمع والثقافة العلاجية .
٥ــ يؤدى التحضير إلى إنزواء الممارسات الطبية الشعبية فى المدينة .

الفرض الثالث :

كلما ازدادت فعالية عوامل التحديث كلما قل عدد المعالجين الشعبيين والممارسات العلاجية والوقائية الشعبية .

الفرض الرابع :

تؤدى كفاءة الطب الحديث فى علاج أمراض البيئة إلى الأبتعاد عن المعالجين الشعبيين ، بينما يؤدى قصوره إلى زيادة عددهم والأعتماد عليهم .

٢ــ منهجية الدراسة :

تحاول الدراسة التحقق من مدى صحة الفروض الواردة فى الإطار التصورى حول التحديث وعوامله ومعالمه فى المجتمع القطرى . ولذلك فهى تنتهج الطرق والأدوات التى تتلاءم مع طبيعة الموضوع ومجتمع البحث ، وبشكلٍ من المرونة واللياقة . وعلى هذا فهى تعتمد على المناهج والطرق التالية :

١ــ **المنهج الأنثروبولوجى** وما يقدمه من طرق وأدوات تكشف عن طبيعة الواقع الإجتماعى والثقافى ، بما يساعد على اختبار صحة الفروض . ومما يتضمنه هذا المنهج ونعتمد عليه :

(أ) الملاحظة والملاحظة المشاركة وهما يقدمان صورة للسلوك كما يحدث بالفعل ، وما يعكسه من قيم وإتجاهات وتصورات جديدة حول الصحة

والمرض والممارسات العلاجية الحديثة والتقليدية . وقد أفادتنا الملاحظة بمعلومات واقعية غزيرة تكشف عن التقليدية والحداثة فى موضوعات الصحة والمرض ، وتساعدنا على التحقق مرة أخرى من عوامل التحديث ودينامياته .

(ب) الإخباريون وهم مجموعات الأشخاص الذين لديهم معلومات حول موضوع الدراسة ، كما أنهم حالات فى نفس الوقت تصح وتمرض ، وتقصد الطب الحديث والطب الشعبى ، وبالتالى فالإختباريون جماعات ذات تنوع مهنى وعمرى ونوعى ، وذات تباين فى التعرض لعوامل التحديث ما بين التعليم والتحضر والإتصال والنشاط الإقتصادى والمستوى الطبقى ... الخ . وعلى هذا فالإخباريون الذين اعتمدنا عليهم هم من أبناء المجتمع القطرى فمن يمارسون العلاج الشعبى ، ويتخصصون فى أحد مجالاته (المعالجون الشعبيون) والطلاب والطالبات بقسم الإجتماع بجامعة قطر الذين ساعدوا فى جمع البيانات (عن المعالجات الشعبية من النساء) ، بالإضافة إلى المواطنين من الموظفين والعمال الذين عايشوا سلوك المرضى وخبروه ويمثلون درجات مختلفة فى الوظائف ومستويات الدخول ، ومستوى التعليم .

(جـ) دليل العمل الميدانى وهو مجموعة رؤوس موضوعات وعناصر تدور حول التحديث والعلاج الشعبى وإن كان يفرد حيزاً كبيراً للمعالجين الشعبيين للإمام الواقعى بالممارسات الشعبية العلاجية والوقائية . والواقع أن طبيعة المجتمع القطرى تحول غالباً دون الإعتماد على الملاحظة المشاركة بالشكل المنهجى المعروف فى الأنثروبولوجيا ولذلك فالدليل يغطى هذا الجانب إلى حد ما . وقد ساعدنا الدليل فى تنظيم العمل الميدانى ، وجمع المادة وتحليلها[٥٥] .

٢ــ المسح الإجتماعى : اعتمدت الدراسة على المسح الإجتماعى الوصفى للمعالجين الشعبيين القطريين ــ من الرجال والنساء ــ فى التخصصات الطبية الشعبية بمدينة الدوحة العاصمة . وقد حصرنا عددهم تقريباً ، وتخصصاتهم ، وأبرز الطرق والأساليب العلاجية التى يتبعونها ، ومستوياتهم العمرية والتعليمية ، ومصدر خبراتهم فى المهنة ، والمهن الأخرى التى يزاولونها ــ إن وجدت ــ وحظوظهم من التأثر بالأتصال والتحضر ، وعلاقتهم بمصادر الطب الحديث ، وخصائص جمهورهم .

(٥٥) راجع : د. محمد الجوهرى ، الدراسات العلمية للمعتقدات الشعبية ، جـ ١ ، مرجع سابق .

والواقع أننا اعتمدنا فى هذا المسح على طلاب وطالبات قسم الإجتماع بجامعة قطر ، بعد تدريبهم وتوجيههم ـــ ضمن متطلبات المقرر الدراسى « علم الإجتماع الطبى » ـــ حول كيفية القيام بالمسح ، وجمع المعلومات الميدانية ، وأساليب التعرف على المعالجين بكل فريق (حى سكنى) ، وأعددنا لهم دليلاً يساعد على عملية الجمع(*) .

٣ـــ دراسة الحالة : وهى طريقة منهجية رافقت الطريقة السابقة ـــ المسح الإجتماعى ـــ فى إجراء البحث ، بحيث أن ما يسفر عنه المسح ، نطبق عليه دراسة الحالة للحصول على بيانات تفصيلية ودقيقة حول المعالجين وممارساتهم وخبراتهم وعلاقتهم بالطب الحديث وجمهورهم ... الخ . كما طبقنا دراسة الحالة على بعض المرضى فى رحلة علاجهم ما بين الطب الحديث والطب الشعبى . وبالتالى فهى تكشف عن حجم ونوعية الخدمات الصحية الحديثة ومدى نجاحها ، وحجم ونوعية المعالجات الشعبية ومدى نجاحها أيضاً . كذلك فهى تلقى الضوء على القيم والإتجاهات والتصورات حول الصحة والمرض ـــ بين الجمهور ـــ ومدى التغيرات التى طرأت عليها فى ظل تحديث الخدمات الصحية خاصةً ، وتحديث المجتمع القطرى عامةً .

٣ـــ أبعاد الدراسة الميدانية : وفيها نتكلم عن الأبعاد المكانية والزمانية والبشرية لموضوع الدراسة .

١ـــ البعد المكانى : وهو مدينة الدوحة عاصمة قطر ، وتقع على الساحل الشرقى لشبه جزيرة قطر وفى المنتصف تقريباً . والدوحة فى اللغة هى الشجرة العظيمة ، والدوحة هو البيت الكبير ، كما تطلق على ما انداح واستدار من الماء (الخليج) فى الإصطلاح الجغرافى ، وهذا هو المقصود ، لأن المدينة تقع على شكل دوحة واسعة من الماء(٥٦) . وتضم الدوحة حوالى ٨٣,٨٪ من إجمالى سكان قطر ، بعد أن شهدت نتائجُ التحديث عقب البترول . واتسعت رقعتها لتضم أحياء جديدة وضواحٍ جديدة كالهلال والمطار والمرخية والدفنة والعرافة ومدينة خليفة ... الخ .

(*) راجع الفقرة (سادساً) القادمة التى تحتوى نتائج هذا المسح الوصفى

(٥٦) د. محمد طالب الدويك ، الأغنية الشعبية فى قطر ، المجلد الأول ، جـ ١ و ٢ ، ط ٢ ، وزارةالثقافة والإعلام ، الدوحة ، ١٩٩٠ ، ص ٢٥ .

والواقع أن المسح الإجتماعى للمعالجين الشعبيين يغطى تقريباً كل أحياء الدوحة الجديدة والقديمة ، من خلال توجيه الطلاب نحو الإستقصاء عن كل معالج أو معالجة فى الحى الذى يسكنون فيه ، وسؤال الأسرة والأقارب عن المعالجين الأقارب والأباعد للتعرف على تخصصهم العلاجى وخبراتهم وطرقهم وجمهورهم .

٢ـ البعد الزمانى : وهو يبدأ مع شهر يناير ١٩٩١ وينتهى فى يونيه ١٩٩١ . وفى هذه الفترة طبقنا دليل دراسة المعالج الشعبى[٥٧] على منْ أسفر عنهم المسح الإجتماعى (يناير وفبراير ١٩٩١) . وفى شهرى مارس وأبريل بدأ تفريغ وتحليل المادة الميدانية ، ثم استغرقت كتابة التقرير النهائى للبحث شهرى مايو ويونية ١٩٩١ . والواقع أن هذه الفترات الزمنية تداخلت ، فى بعض الأحيان ، علاوة على أنه سبقتها جهود فى الإطلاع على التراث الأنثروبولوجى والفولكلورى حول الموضوع ، وتلتها جهود لا تزال تهتم بما تثيره هذه الموضوعات الطبية من قضايا .

٣ـ البعد البشرى : وهو يدور غالباً حول مجتمع مدينة الدوحة العاصمة التى تضم ـ كما قلنا ـ ٨٣,٨٪ من إجمالى سكان قطر . وينصب بالتحديد على فئتى المعالجين الشعبيين ، والمستفيدين من الطب الشعبى . هذا علاوة على مواطنين آخرين تعرضوا لعوامل التحديث ، ونحاول التعرف على نتائج التحديث على سلوكهم العلاجى عامة ، وسلوك المرضى بنحوٍ خاص ، وهؤلاء هم الإخباريون الذين اعتمدنا عليهم فى الدراسة .

* * *

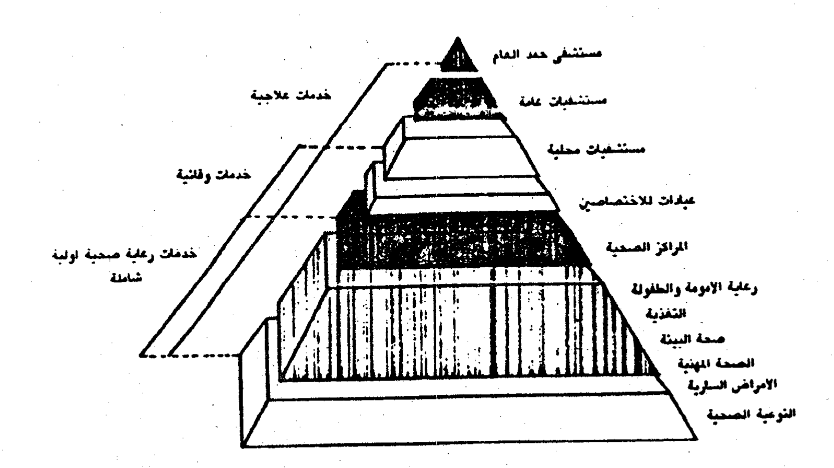
خامساً : الطب الحديث فى المجتمع القطرى :

نال المجال الصحى حظاً وافراً من التحديث ، حيث أنشئت المؤسسات الصحية الحديثة ، وأدخلت الدولة الخدمات الصحية الأساسية ، وتبنت سياسة رفع وتحسين صحة الفرد والمجتمع وقائياً وعلاجياً . ولذلك صارت خدمات

(٥٧) سبق أن درسنا المعالجين الشعبيين فى مصر بهذا الدليل نفسه . وقد طبقناه كما هو تقريباً عدا بعض التعديلات . أنظر دراستنا للجوانب الإجتماعية والثقافية ، مرجع سابق ، ص ص ٣٧٦ـ٤٠٦ .

الرعاية الصحية الأولية هى الركيزة التى تعتمد عليها كافة الخدمات الصحية والطبية ، حسبما يشير الشكل التالى[٥٨] :

الهيكل الهرمي للخدمات الصحية والطبية



١ــ **وتقدم المراكز الصحية** خدمات الرعاية الصحية الأولية على مستوى المجتمع القطرى ، وهى قاعدة لدعم خدمات مستشفى حمد العام ــ وهو الأول والأفضل فى قطر ــ والمستشفيات الأخرى ، وتترابط مع باقى الخدمات الصحية فى الدولة . وهى تعتمد على تسجيل الفرد وعائلته على مركز صحى موحد ، أما خدمات المستشفيات فهى قاصرة على معالجة المرضى المحولين من المراكز الصحية والحوادث والطوارىء .

والواقع أن تاريخ إنشاء المستوصفات (المراكز الصحية) يرجع إلى عام ١٩٥٤ فى قطر ، وحينما ازداد عدد المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفيات استوجب الأمر تدبير أماكن أخرى تقدم الرعاية الطبية

(٥٨) تطور خدمات الرعاية الصحية الأولية فى دولة قطر ، مرجع سابق ، ص ٤ .

والصحية ، فتقدمت وزارة الصحة بالمشروع فى عام ١٩٧٨ ، وبدأ تنفيذه على الفور ، ليشمل إنشاء خدمات رعاية صحية أولية عن طريق مراكز صحية منتشرة فى جميع أنحاء البلاد لتقدم الخدمة الوقائية والعلاجية ، وتراعى طبيعة البيئة وتكون قاعدة تساند خدمات المستشفيات . كما تضمن المشروع أيضاً إنشاء مستشفيات حديثة تخصصية تفى بإحتياجات المواطنين .

لذلك فقد ازدادت المراكز الصحية لتغطى جميع مناطق قطر ، وصارت تضم ثلاثة وعشرين مركزاً صحياً ، بعد أن كانت إثنى عشر مركزاً عام ١٩٧٨ ، هى :

١ ــ العيادة الخارجية
٢ ــ مركز صحى المنتزه
٣ ــ مركز صحى أم غويلينا
٤ ــ مركز صحى مدينة خليفة
٥ ــ مركز صحى العسيزى
٦ ــ مركز صحى المطار
٧ ــ مركز الغرافة الصحى
٨ ــ مركز الريان
٩ ــ مركز أبو بكر الصديق
١٠ــ مركز أبو هامور
١١ــ مركز الخليج الغربى
١٢ــ مركز أم صلال
١٣ــ مركز الجميلية
١٤ــ مركز الغويرية
١٥ــ مركز الكعبان
١٦ــ مركز الشمال
١٧ــ مركز الشحانية
١٨ــ مركز أم باب
١٩ــ مركز دخان
٢٠ــ مركز الوكرة
٢١ــ مركز أم سعيد
٢٢ــ مركز سودانثيل
٢٣ــ مركز الخور

ويغطى كل مركز الخدمات الصحية التالية :

١ ــ خدمات تشخيص وعلاج الأمراض
٢ــ خدمات الأسنان
٣ ــ خدمات رعاية الحوامل والأطفال
٤ــ خدمات التطعيم
٥ ــ خدمات التوعية الصحية
٦ــ خدمات الصيدلة وصرف الأدوية
٧ ــ خدمات الباحثات الإجتماعيات
٨ــ خدمات التحاليل المخبرية
٩ ــ حفظ السجلات الطبية
١٠ــ الإحصاءات الحيوية
١١ــ تحويل المرضى للإخصائيين والمستشفيات

٢ـ أما المستشفيات المحلية (القروية) فهى ثلاثة تتوزع على الشمال ، والخور وأم سعيد ، وتضم مبانٍ للأقسام الداخلية . وقد نالت هذه المستشفيات تعزيزاً ملموساً منذ عام ١٩٨٠ حيث زاد عدد الأطباء إلى سبعة لكل مستشفى ، والممرضات إلى تسع . كما أنشىء بكل مستشفى قسم جديد للأسنان ، وآخر للمختبر (المعمل) وثالث للأشعة . كما اتسعت الصيدلية ، واستكملت خدمات رعاية الحوامل والأطفال والتطعيم والتوعية الصحية . وزودت كل مستشفى بسيارات إسعاف حديثة ، ونوبات حراسة لمدة ٢٤ ساعة ، وبناء وحدات سكنية للموظفين من الأطباء والممرضات .

٣ـ ويوجد ثلاثة مستشفيات حكومية فى قطر بالعاصمة الدوحة وهى مستشفى حمد العام وتضم عشرين قسماً ووحدة تقدم الخدمات الصحية للرجال والنساء ، ومستشفى الرميلة وتحتوى ست وحدات للحروق والتأهيل والأمراض النفسية للرجال والنساء ، والثالث هو مستشفى النساء والولادة وتتألف من ثلاث وحدات للتوليد والعناية الخاصة والجراحة . وتقدم المستشفيات الثلاثة الخدمات الصحية للمواطنين والمقيمين مجاناً وبمستوى متميز .

٤ـ العيادات الحكومية النوعية والخاصة والصيدليات الخاصة : وهى تتمثل فى الخدمات الصحية التى تقدمها عيادات تابعة لمؤسسات حكومية أو وزارات معينة ، أو الخدمات التى تقدمها العيادات الخاصة (وتشمل المجمعات الطبية وعيادات الأسنان) ، علاوة على الصيدليات الخاصة . ويوضح الجدول التالى هذه الأنشطة الخاصة خلال عام ١٩٩١[٥٩] :

(٥٩) الجهاز المركزى للإحصاء ، المجموعة الإحصائية السنوية ، العدد ١٢ ، الدوحة ، ١٩٩٢ ، ص ١٤٤ .

البيـــان	العـدد
عيادة القوات المسلحة	١
عيادة الشرطة	١
عيادات المؤسسة القطرية للبترول	٣
عيادات القطاع الخاص	٦٩
الصيدليات الخاصة	٥٣

٥ـ عدد الأطباء فى القطاع الحكومى حسب التخصص : ويبلغ ٩٦٩ طبيباً يتوزعون على المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية عام ١٩٩١ كما يلى(٦٠) :

---

(٦٠) المجموعة الإحصائية ، المرجع السابق ، ص ١٤٧ .

التخصص	العدد
ممارس عام	٣٠١
أمراض القلب	١٨
الأمراض الجلدية والتناسلية	١٥
أمراض الأطفال	٧٨
الأمراض العصبية والنفسية	٨
التخدير	١٩
الجراحة العامة	١٠
جراحة العظام	١٠
أمراض العيون	٧
الأنف والأذن والحنجرة	٩
التحليل	٥
الأشعة	١٤
طب الأسنان	٦٣
نساء وتوليد	٢١
طب عام	٣٧
الغدد الصماء	٣
أمراض المعدة والأمعاء	٢
أمراض الشيخوخة وتأهيل المعوقين	٣
الصحة الوقائية	٤
الأمراض المهنية	٢
أمراض الكلى	٤
الروماتيزم	٢
جراحة التجميل	٥
جراحة الأعصاب	٢
أمراض المسالك البولية	٤
إحصاء طبي	١
أخرى	٢٢
المجموع	٦٦٩

٦ـ عدد الأطباء فى القطاع الخاص حسب التخصص : وهو يصل إلى ٩٥ طبيباً يتوزعون على التخصصات الطبية المختلفة ، فى عام ١٩٩١ وحسبما يدل الجدول التالى(٦١) :

التخصص	العدد
ممارسة عامة	٤٥
أمراض نساء وتوليد	٣
أسنان	٢٩
أطفال	١
أنف وأذن وحنجرة	٣
تحاليل	٤
أشعة	٣
أخري	٧
المجموع	٩٥

٧ـ المشتغلون بالمهن الطبية فى القطاع الحكومى حسب المهنة عام ١٩٩١ : وهم أعضاء فريق تقديم الخدمة الصحية من الأطباء والصيادلة والفنيين ، والممرضين والأخصائيين الإجتماعيين والنفسيين ، الذين يعملون فى القطاع الحكومى . والملاحظ أن أظهر المهن وأكثرها عدداً فى النسق الطبى الرسمى هو التمريض (الممرضات ١٣٣٩ والممرضون ٢٣٥) ، ويليها الأطباء البشريون (٦٠٦) ، ثم فنيّون المختبر (١٨٢) ، فالصيادلة ومساعدوهم (١٤٤) . ويوضح الجدول الآتى هذه المهن وإجمالى المشتغلين بها خلال عام ١٩٩١(٦٢) :

(٦١) الجهاز المركزى للإحصاء ، المرجع السابق ، ص ١٤٩ .
(٦٢) نفس المرجع السابق ، ص ١٤٦ .

المهنـة	العدد
أطباء بشريون	٦.٦
أطباء أسنان	٦٣
صيادلة ومساعدوهم	١٤٤
أخصائيو العلاج الطبيعي	٥٥
معاونون صحيون وملاحظون	٦٧
فنيو مختبر	١٨٢
فنيو أسنان	٨
ممرضات	١٣٣٩
مصورو أشعة ومساعدوهم	٦٥
ممرضون	٢٣٥
أخصائي نفسي	٣
أخصائي اجتماعي	٣١
أخصائي تغذية	١١
أخرى	٩.
المجموع	٢٨٩٩

٨ــ عدد الأسرّة فى المستشفيات الحكومية : ويصل إجماليها ١٠٩٨ سريراً تتوزع على ثلاثة مستشفيات هى حمد العام والرميلة والنساء والولادة فى عام ١٩٩١ على النحو التالى[٦٣] :

---

(٦٣) المجموعة الإحصائية ، المرجع السابق ، ص ١٤٥ .

المستشفي	عدد الأسرة
مستشفي حمد العام	٥٧٣
مستشفي الرميلة	٢٤٠
مستشفي النساء والولادة	٢٨٥
المجموع	١٠٩٨

وفى ضوء هذه الصورة الحديثة للخدمة الصحية ، والفريق الذى يقدمها والمؤسسات التى تقدم من خلالها ، يتضح لنا حجم التحديث الطبى فى المجال الصحى فى المجتمع القطرى . ولعل عدد المترددين على المراكز الصحية وعلى العيادات الخارجية للمستشفيات ـــ والمستشفيات ذاتها ـــ يكشف لنا عن حجم هذه الخدمات الصحية وتميزها ، وبالتالى يلقى الضوء على طبيعة التفاعل بين الطب الحديث والطب الشعبى . ويوضح الجدول التالى عدد المترددين المستفيدين من الخدمات الصحية المختلفة (الحكومية) بالعيادات الخارجية خلال عام ١٩٩١[٦٤] :

(٦٤) نفس المرجع السابق ، ص ص ١٥٠ــ١٥٣

	العيـــادة	عدد المترددين	٪
١	مستشفي حمد العام :		
	عيادة الطوارئ	١٤٢٠٦١	
	العيادات الباطنية	١١٦٤٤٥	
	عيادة الجراحة	١٣٤٢٣٣	
	عيادة الأطفال	٢٣٦١٧	
	عيادات الخدمات الفرعية	١٤٦٠١٤	
	المجموع	٥٦٢٣٧٠	٪١٧
٢	مستشفي الرميلة	٢٥٨٨١٦	٪٨
٣	مستشفي النساء والولادة	١٠٦٢١٠	٪٣
٤	مركز العناية السريعة للأطفال	٨٤٣٤١	٪٣
٥	المراكز الصحية	٢١١٩٣٥٥	٪٦٢
٦	عيادات الجيش	٨٧٤٣٦	
٧	عيادات اتلشرطة	٣٨٠٦٦	٪٧
٨	عيادات المؤسسة القطرية للبترول	١٠٠٩٤٣	
	المجمـــوع العـــام	٣٣٥٧٥٣٧	٪١٠٠

سادساً : ملامح الطب الشعبي فى المجتمع القطرى :

الواقع أن قضايا الصحة والمرض باتت تتجاوز النظرة الطبية أو البيولوجية المحدودة ، لتشمل تأثير العوامل الإجتماعية والثقافية المتنوعة حول الأسباب والوقاية والنتائج . ويتضمن المجتمع القطرى — والمجتمع الخليجى عامة — تراثاً طبياً شعبياً غزيراً ، يغطى معظم مجالات الصحة والمرض ؛ وقايةً وعلاجاً . وفى نفس الوقت يعايش المجتمع القطرى برامج ومشروعات التحديث منذ أربعة

عقود ، وما تتضمنه من برامج ومشروعات فى المجال الصحى . لذلك تعرض هذا التراث لتغيرات عديدة ، ولازال يعايش معركة البقاء الآن فى ظل التكنولوجيا الطبية والتقدم العلاجى والوقائى ، فى محاولة للتكيف معها .

ونحاول فى هذه الفقرة إلقاء الضوء على الموضوعات التالية :

١ـ التخصصات الطبية الشعبية فى المجتمع القطرى .
٢ـ خصائص المطببين الشعبيين فى المجتمع القطرى .
٣ـ المصادر العلاجية والوقائية فى المجتمع القطرى .
٤ـ جمهور المعالجين الشعبيين .
٥ـ طبيعة التفاعل بين الطب الشعبى والرسمى .

١ـ التخصصات الطبية الشعبية فى المجتمع القطرى : تعد التخصصات الطبية الشعبية نتاجاً لعدة عوامل فى المجتمع القطرى منها طبيعة البيئة القطرية ، وأنماط الأمراض الأكثر انتشاراً ، والسياق الثقافى السائد ، والمصادر العلاجية المتاحة . فالبيئة القطرية غنية بالأعشاب الطبية مثل الشيح Artimisia Herba-alba الذى يستخدم منقوعة المغلى فى علاج أمراض البرد والمعدة فهو طارد للديدان المعوية . كما أن زيوته الطيارة سامة والقليل منها قاتل . ويستخدم كذلك فى علاج الروماتيزم ، علاوة على أنه ملين وطارد للغازات . كما يوجد العشرق (العشرج) Cassia italica الذى تستخدم أوراقه وثماره كمسهل شديد ، كما تستخدم لب ثمار نبات الحفظل Citrullus Colocynthis لنفس الغرض ، وإن كانت تسبب تقلصات ومغصاً ، ويعتمد عليها البدو لعلاج الروماتيزم . وفى ضوء ثراء البيئة بالأعشاب الطبية ، سادت ممارسة العلاج بالأعشاب ، وكثر المعالجون المتخصصون فيها .

ومن ناحية أخرى لعبت البيئة الطبيعية دورها فى سيادة أنماط أمراض الجهاز التنفسى والروماتيزم وآلام المفاصل وأمراض الجهاز الهضمى . لذلك سادت الممارسات العلاجية بالكى لهذه الأمراض ، كما واكبها أيضاً أسلوب العلاج بالحجامة .

ونظراً لأفتقار البيئة القطرية للخدمات الصحية الحديثة ــ فيما قبل التحديث ــ فقد ساد الأعتماد على المجبرين فى علاج كسور العظام والرضوض

وغيرها . وقد ساعدت الظروف والمصادر البيئية على انتعاش هذا النمط العلاجى ، كما دعمته الثقافة الشعبية السائدة وما تحويه من عادات وطقوس ومعارف . فالتجبير يعتمد على أصواف الغنم والماعز ، والجريد والليف ، وأغصان الأعشاب الطبيعية فى صحراء قطر . لذلك توافرت مقوماته وزاد الإعتماد عليه فى محاولة للنسق الإجتماعى للتكيف مع البيئة وظروفها .

وقد عمت فى نفس الوقت مهن علاجية نوعية ، تختص كل منها بنوع من الأنواع تغطيةً لنقص الخدمات الصحية الحديثة . ومن ذلك ممارسات « القابلة » لتوليد النساء وعلاجهن ، والإشراف على الحمل ، ومتابعته ، وعلاج العقم بالوصفات الشعبية ... الخ كل ما يتصل بالنساء . أما الذكور فقد تصدى « المختّن » أو « الحلاق » لتولى عملة ختان الصبيان ، وعلاج الجروح والحروق ، ووصف العلاج لبعض الأمراض علاوة على تزيين « المِعْرِس » فى ليلة « العِرْس » .

وفى ضوء السياق الثقافى السائد ظهرت الممارسات العلاجية التى يضطلع بها « المطوِّع » لعلاج الأمراض النفسية والعصبية وعمل الرقى والأحجبة الوقائية والعلاجية . علاوة على تصديه فى بعض الأحيان لعلاج أمراض العقم والصداع عن طريق قراءة الآيات القرآنية . وتركزت هذه المهنة العلاجية فى يد الرجال أساساً . وفى مقابل ذلك تخصصت بعض النساء فى المعالجة « بالتسميد » أو « المساد » (التدليك) ، وهو نمط علاجى نسائى أساساً لمعالجة الرجفة (الخضة) والعقم وآلام الظهر عند النساء . كما تخصصت نسوة أخريات فى علاج أمراض الأطفال « كالسقاط » (سقوط حلق الطفل) و « الكشحة » (وفاة المواليد بعد الطفل الأ.ل) ... الخ .

٢ــ **خصائص المطببين الشعبيين فى المجتمع القطرى** : أسفر المسح الإجتماعى الأوَّلى للمطببين الشعبيين عن وجود واحد وعشرين معالجاً من الرجال فى مدينة الدوحة بالمجتمع القطرى ، يتوزعون على ستة تخصصات ، وخمس وعشرين معالجة من النساء يتوزعن على تسعة تخصصات . وبالتالى يصير إجمالى المعالجين ٤٦ ، وإن كان الواقع يحوى أكثر من هذا العدد بكثير ، ولكن ليس بمقدورنا معرفة اكثر من ذلك .

وفيما يلي بيان بتوزيع هذه الممارسات الطبية الشعبية حسب التخصص وفئات النوع :

مسلسل	التخصص / النوع	المعالجون (الرجال)	المعالجات (النساء)
١	الحوّاج (العطار)	٨	٦
٢	المعالج بالكي	٤	٩
٣	المعالج بالحجامة	١	٢
٤	المجبّر	١	١
٥	الختّان	٢	–
٦	المطّوع	٥	–
٧	القابلة	–	٢
٨	المسّادة	–	٣
٩	مطببّة الأطفال	–	٢
	المجمــــوع	٢١	٢٥

والملاحظ أن الحواج أو العطار (المعالج بالأعشاب) هو التخصص الأكثر انتشاراً بين الممارسين المحترفين من الرجال ، بينما يتصدر العلاج بالكى التخصصات النسائية العلاجية . كما نلاحظ أيضاً تفرد الرجال بتخصصات (كالمطوع والختان) بحكم النوع والتقاليد ، بينما تتفرد النساء بتخصصات طبية نسائية (القابلة والمسّادة ومطببّة الأطفال) بحكم النوع والتقاليد وطبيعة المرض والممارسة العلاجية . وسوف نلقى بعض الأضواء على هؤلاء المعالجين والمعالجات وخصائصهم .

(أ) **أما العلاج بالأعشاب** : فيتخصص فيه من الرجال ثمانية معالجين تتراوح أعمارهم بين ٣٠ــ٨٠ سنة ، وغالبيتهم فوق الخمسين عموماً ، أما النساء فهن ست معالجات تتراوح أعمارهن بين الأربعين والثمانين ، مما يدل

على طول فترة اكتساب المعرفة بالأعشاب وبداية الممارسة العلاجية بعد تقدم السن . ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الرجال المحدثين على قدر من التعليم الجامعى والعالى مما يدل على عقلانية العلاج بالأعشاب ، ورسوخه فى ظل التحديث أمام الطب الحديث على عكس التخصصات الأخرى كالقبالة والختان مثلاً . ولعل الجدول التالى يوضح الخصائص العمرية للمعالجين بالأعشاب من الرجال والنساء :

السن / النوع	٣٠-٣٩	٤٠-٤٩	٥٠-٥٩	٦٠-٦٩	٧٠ فاكثر	المجموع
الرجال	١	١	٣	٢	١	٨
النساء	-	٢	١	-	٣	٦
المجموع	١	٣	٤	٢	٤	١٤

أما المستوى التعليمى للمعالجين بالأعشاب فإنه يختلف بإختلاف النوع فالرجال أكثر تعليماً من النساء إذ لا تتعدى النساء معرفة القراءة والكتابة ، على حين نال الرجال قسطاً عالياً من التعليم الثانوى والجامعى والدراسات العليا (الماجستير) وهذا يدل مرة أخرى على أن التحديث هذا يدعم التقليد ويحافظ عليه فى حالة العلاج بالأعشاب . ويوضح الجدول التالى هذه المستويات التعليميه بين الرجال والنساء :

التعليم / النوع	أمي	يقرأويكتب	ابتدائية	ثانوية	جامعة	عليـا	المجموع
الرجال	٢	٣	-	١	١	١	٨
النساء	٢	٤	-	-	-	-	٦
المجموع	٤	٧	-	١	١	١	١٤

ومن ناحية أخرى يغلب على المعالجين بالأعشاب وراثة هذه الممارسة العلاجية من الأبوين والأجداد ، أما الأقلية منهم فقد اكتسبت المعرفة بالقراءة والتحصيل العلمى (التعليم) إلى جانب الوراثة من الأبوين ، وتظهر لنا هذه الصورة من خلال الجدول الآتى :

مصدر الخبرة / النوع	الوراثة	الاكتساب	الوراثة والاكتساب	المجموع
الرجال	٥	١	٢	٨
النساء	٦	–	–	٦
المجموع	١١	١	٢	١٤

(ب) **وأما العلاج بالكى** : فإنه يحوى ثلاثة عشر معالجاً فى مدينة الدوحة منهم أربعة رجال ، وتسع نساء . والملاحظ أن العلاج بالكى تراث سائد فى المجتمع البدوى عموماً ، وبالتالى يزداد عدد ممارسيه ، إلا أن التحديث يحد الآن من هذه الممارسات . والدليل على ذلك أن معظم المعالجين بالكى تتراوح أعمارهم بين الستين والثمانين ، ولا يوجد بينهم أقل من سن الأربعين سواء الرجال أو النساء . ويوضح الجدول التالى هذه المستويات العمرية :

السن / النوع	٣٠-٣٩	٤٠-٤٩	٥٠-٥٩	٦٠-٦٩	٧٠ فأكثر	المجموع
الرجال	–	–	١	١	٢	٤
النساء	–	٣	١	١	٤	٩
المجموع	–	٣	٢	٢	٦	١٣

ومن الملاحظ أن العلاج بالكى يتركز فى فئة الأميين وخاصة من النساء ، كما لا يحظى أحد الممارسين بمستوى تعليمى أعلى من الأبتدائية . وهذا يؤكد على دور الشفاهة والتجربة المباشرة فى الممارسة ، وليس القراءة أو التحصيل العلمى ، كما هو شأن العلاج بالأعشاب . ويدل الواقع أيضاً على انكماش ساحة المعالجين بالكى أمام الخدمات الصحية الرسمية والتحديث عموماً . وهنا ينافس التحديث التقليد ويتغلب عليه . ويكشف لنا الجدول التالى عن المستوى التعليمى للمعالجين بالكى من الرجال والنساء :

التعليم / النوع	أمي	يقرأ ويكتب	ابتدائية	المجموع
الرجال	١	٢	١	٤
النساء	٤	٣	٢	٩
المجموع	٥	٥	٣	١٣

أما مصدر الخبرة فى العلاج بالكى فهو وراثى فى الغالب بين الرجال ، ومطلق بين النساء حيث ترث المعالجة خبرتها من الأم والجدة ، أو الأب والجد ، وقليل من الرجال اكتسب الخبرة من مصدر خارجى كالأصدقاء أو الجيران وليس الأسرة . وسبب ذلك أن الفيصل فى الممارسة هو المشاهدة والتجربة ، وبالتالى يقل عدد الممارسين بمرور الوقت ، وبوفاة كبار السن من المعالجين بالكى . ويوضح الجدول التالى مصدر الخبرة :

مصدر الخبرة / النوع	الوراثة	الاكتساب	المجموع
الرجال	٢	٢	٤
النساء	٩	–	٩
المجموع	١١	٢	١٣

(جـ) وينعكس العلاج بالحجامة حجم تأثير التحديث ، حيث يقل عدد الممارسين المحترفين إلى ثلاثة فقط ؛ رجل وامرأتان ، منهم امرأة فى الأربعين من عمرها والإثنان الآخران فوق السبعين . وعلى هذا فالتحديث يزحف ويكتسح الحجامة وسيقضى عليها فى المستقبل القريب ، وذلك لأن الخدمات الصحية الحديثة والمستشفيات غطت المجتمع القطرى وصار الوصول الى الخدمة ميسوراً للجميع تقريباً . ونلاحظ من ناحية أخرى أن الممارسين الثلاثة غير متعلمين ــ شأن جيلهم كله ــ فمنهم اثنتان أميتان (المرأتان) ، والرجل يقرأ ويكتب . هذا علاوة على أن مصدر الخبرة موروث من داخل الأسرة غالباً ، وحسبما يدل الجدول التالى :

الخصائص / النوع	السـن		التعليم		مصدر الخبرة	
	٤٠-٤٩	٧٠ فاكثر	أمي	يقرأ ويكتب	وراثة	اكتساب
الرجال	-	١	-	١	١	-
النساء	١	١	٢	-	١	١
المجموع	٣		٣		٣	

(د) ويقترب العلاج بالتجبير من النمط السابق (الحجامة) إذ يمارس رجل واحد وامرأة واحدة ، حسبما دلت المادة الإثنوجرافية . فالرجل فى سن الستين والمرأة فى الخمسين . وهما غير متعلمين ، فالرجل أمى والمرأة تقرأ وتكتب . أما مصدر الخبرة فهو موروث عند المرأة ومكتسب عند الرجل . وإذا كانت هذه الصورة تكشف عن انحسار لممارسة تجبير العظام ، أمام موجات التحديث ، إلا أن واقع المجتمعات الخليجية يؤكد على رسوخ هذه الممارسة الشعبية وصمودها أمام الطب الحديث ، بل وتغلبها عليه فى بعض الأحيان[٦٥] . وبالتالى فقد تكون عملية المسح غير شاملة للمجبرين ــ وفيما يلى صورة لخصائص المجبرين :

(٦٥) د. على المكاوى ، الثبات والتغير ، مرجع سابق ، ص ٢٠٠ .

الخصائص / النوع	السـن		التعليم		مصدر الخبرة	
	٥٠-٥٩	٦٠-٦٩	أمي	يقرأ ويكتب	وراثة	اكتساب
الرجال	-	١	١	-	١-	١
النساء	١	-	-	١		-
المجموع	٢		٢		٢	

(هـ) الختان والقِبَالة وهما نمطان من الممارسات الطبية الشعبية ، أدمجناهما معاً فى فئة واحدة بإعتبار أن الختان يختص بالذكور ، بينما ترتبط القبالة بالإناث ، علاوة على أننا نسوق التخصصات الطبية التى يحترفها الرجال والنساء معا . والملاحظ أن هذين النمطين يتواريان أمام التحديث نظراً لسيادة الخدمات الصحية والمستشفيات والمراكز الصحية الحديثة وتغطيتها لجميع الفئات والشرائح الإجتماعية فى المجتمع القطرى . ويمارس الختان رجلان أولهما دون الخمسين ، وثانيهما فوق السبعين ، وإن كان الملاحظ أن الأول حاصل على الشهادة الثانوية ، بينما الثانى يقرأ ويكتب ، وكلاهما ورث المهنة عن الأب .

أما القبالة فهى الأخرى فى طريقها للإندثار أمام وطأة التحديث ولذلك نجد قابلتين فقط إحدهما دون الستين وثانيتهما فوق السبعين ، وكلتاهما أميتان ، وورثتا المهنة عن الأم . وهنا يتضح دور الوراثة فى استمرارية هذه التخصصات الطبية ، إلا أن التعليم وإنتشار الخدمات الصحية الحديثة ، والتحضر ووسائل الإعلام قد عجّلت بانزوائها تحت وطأة التحديث . ولم يعد الأبناء راغبين فى وراثة المهنة ، علاوة على أن الطب الحديث إنفرد فى الساحة بلا منازع ، حتى فقدت هذه الممارسات سوقها وجمهورها . ويوضح الجدول التالى هذه الصورة :

الخصائص / المرحلة	السن			التعليم			مصدر الخبرة	
	٤٠-٤٩	٥٠-٥٩	٧٠ فأكثر	أمي	يقرأ ويكتب	ثانوية	وراثة	اكتساب
الختان	١	–	١	–	١	١	٢	–
القبالة	–	١	١	٢	–	–	٢	–
المجموع	٤			٤			٤	

(و) المطوّع (المعالج بالآيات القرآنية) وهى ممارسة قاصرة على الرجال ، ولا يحترفها النساء ، ويتصدر لعلاج الأمراض النفسية والعصبية وحالات « المس » . ويوجد خمسة مطوعين تتراوح أعمارهم بين الثلاثين والستين ، كلهم يقرأون ويكتبون ، ومنهم الحاصل على الشهادة الثانوية ، واعتمدوا على الإكتساب فى تحصيل الخبرة العلاجية . والملاحظ أن هذا التخصص العلاجى قاصر على الملمين بالقراءة والكتابة والمتعلمين عموماً لأن الكتب هى مصدر الخبرة والمعرفة به . ولذلك نجدُ أن التحديث يدعم هذا التخصص العلاجى التقليدى ، على عكس الختان أو القبالة أو العلاج بالكى . فالتعليم ـــ أو حتى معرفة القراءة والكتابة ـــ هو مدخل الإحتراف العلاجى ، وبالتالى فالتحديث يدعم التقليد ، علاوة على ازدهار هذه الممارسة فى ضوء أسلوب التنشئة الإجتماعية للأطفال وتدخل الخدم والمربيات الآسيويات فى هذه العملية ، وكذلك دور السياق الثقافى والإجتماعى للمجتمع القطرى . وفيما يلى صورة لخصائص هؤلاء المطوعين كما يوضحها الجدول التالى :

الخصائص / البيان	السن			التعليم			مصدر الخبرة	
البيان	٣٠-٣٩	٥٠-٥٩	٦٠-٦٩	يقرأ ويكتب	ابتدائية	ثانوية	وراثة	اكتساب
العدد	٢	١	٢	٣	١	١	-	٥
المجموع	٥			٥			٥	

(ز) المسَّادة (**المعالجة بالتدليك**) وهى المرأة التى تحترف « التمسيد » أو العلاج بالتدليك للنساء أساساً لعلاج الرجفة (الخضة) والعقم وآلام الظهر و « الكبسة » (المشاهرة) . وبالتالى فهى ممارسة نسائية قاصرة على النساء تخصصاً والتماساً للعلاج . والملاحظ أن « المسَّادة » كانت تجمع فيما قبل التحديث بين التمسيد والتوليد ، ثم صارت تقتصر على التمسيد الآن ، وإن كان يتعرض هو الآخر للإندثار. ومن جانب آخر نلاحظ أن هذا التخصص العلاجى وافد إلى المجتمع القطرى بفعل عملية الإتصال الثقافى بين قطر وسوريا وفلسطين ، حسبما تدل المادة الميدانية . وتغلب الوراثة كمصدر للخبرة بالتمسيد فهناك ثلاث سيدات يحترفن التمسيد بالوراثة عن الأم والجدة ، ومنهن اثنتان أميَّتان ، والثالثة حاصلة على الشهادة الثانوية ، كما يغلب عليهن كبر السن . ولا توجد عملية تواصل أو استمرارية للممارسة الشعبية مستقبلاً بين البنات أو الحفيدات ، بفعل التعليم والتحديث بشكل عام ، حسبما يدل الجدول :

الخصائص / البيان	السن			التعليم		مصدر الخبرة		الجنسية		
البيان	٤٠-٤٩	٥٠-٥٩	٧٠ فاكثر	أمية	ثانوية	وراثة	اكتساب	فلسطينية	سورية	قطرية
العدد	١	١	١	٢	١	٣	-	١	١	١
المجموع	٣			٣		٣		٣		

(ح) **مطبّبة الأطفال** وهو تخصص علاجى ترثه المطببة عن الأم والجدة من واقع الشفاهة والمعايشة . ويقل عدد المطببات حالياً بفعل التحديث (الصحى والتعليمى والإقتصادى) ، علاوة على أن السن يتجاوز الخمسين . وتوجد مطببتان تقرآن وتكتبان وتحفظان القرآن الكريم فى ظل النظام التعليمى السابق للتحديث وهو المطوع (الكُتّاب) ، وبعد التحديث التحقتا بمدارس تعليم الكبار للنساء حتى حصلتا على الشهادة الأبتدائية . وقد ساعد ذلك على محاولة اكتساب المعرفة بالقراءة والتحصيل لتجديد علاج الأطفال . ومع ذلك فالممارسات فى طريقها للزوال لعدم وجود كوادر تتوارث الخبرة وتتناقلها ، وبالتالى فهى ستندثر بوفاة المعالجات . وتعالج المطببة عموماً أمراض الأطفال « كالسقاط » والربو و « البوصفار » (الصفراء) و « الكشحة » (تكرار وفاة المواليد بعد الطفل الأول) . وقد سحبت المستشفيات والمراكز الصحية البساط من تحت أقدام المطبّبات . وفيما يلى بيان بخصائص المطببات فى الجدول التالى :

الخصائص / البيان	السن		التعليم	مصدر الخبرة	
	٥٠-٥٩	٦٠-٦٩	ابتدائية	وراثة	اكتساب
العدد	١	١	٢	٢	–
المجموع	٢		٢	٢	

٣ـ المصادر العلاجية والوقائية فى المجتمع القطرى : تتعدد المصادر العلاجية والوقائية فى البيئة القطرية ، وتتنوع ما بين الأعشاب والنباتات الطبية ومياه الخليج المالحة والرمال الممتدة ، والأحجار ذات الإستخدام الطبى . وقد اعتمد المجتمع القطرى على هذه المصادر فى علاجه ووقايته من المرض ، فى الوقت الذى انعدمت فيه الخدمات الصحية الحديثة ، فانطلق الإنسان يفتش عن عناصر الطبيعة ليستخدمها فى هذه الأغراض . ولذلك فمعظم هذه المصادر ساعدت الإنسان قبل التحديث فى التعامل مع صحته ومرضه . وفيما يلى نلقى عليها بعض الضوء .

(أ) **الأعشاب والنباتات الطبية وهى مصدر ثرى بالفوائد والإستخدامات الطبية ، فطن إليها الإنسان منذ القدم ، فقد قال أبوقراط « ليكن غذاءك** دواؤك .. وعالجوا كل مريض بنبات أرضه ، فهى أجلب لشفائه » . وفى الحديث الشريف « تداووا فإن الله عز وجل لم يضع داءً إلا وضع له شفاءً غير داء واحد . قالوا : ما هو ؟ قال : الهَرَم » . وكذلك قوله (ﷺ) « ما ملأ ابن آدم وعاءً شراً من بطنه » . وفى ضوء هذا السياق الثقافى الدينى المتنوع ، إلتمس القطرى العلاج بإستخدام الأعشاب القريبة من يده .

فالبيئة القطرية غنية بالأعشاب الطبية مثل الشيح والعشرق والحنظل ، والسدر Ziziphus Spina-Christi الذى تؤكل ثماره وتفيد فى علاج أمراض الصدر والتنفس وتنقية الدم ومسهلة . وحينما تغلى قلف الأشجار فهى تفيد فى تسكين آلام الأسنان وتقوى الجسم عامةً ، وتلطف درجة الحرارة . كما ينتشر نبات العوسج Lycium Shawii الشوكى المعمر ، وهو مقوٍ عام ومدر للبول ومسهل . أما نبات الجعد Teucrium Polium فهو معمر ، ويفيد فى علاج التهابات الأمعاء الغليظة والحمى والبول السكرى . ويعتمد عليه البدو فى علاج الملاريا . وقد اعتمدت النساء عموماً على نبات كف مريم Anastatica Hiero Chuntica فى تسهيل عملية الولادة حيث يزيد من حدة الطلق .

كذلك تستخدم الأعشاب فى علاج آلام البطن (النعناع والكراوية) وآلام اللوزتين (قشر الرمان) وآلام الأسنان (القرنفل) والربو والحمى (الورد الجاف والجعد والقرفة) والتسمم (الصبار) والحساسية (الزعتر) والإمساك وآلام الكبد والرأس (العشرق المغلى) والحموضة (السويدة « الحبة السوداء أو حبة البركة ») وقروح الجلد (زيت الخروع) . وقد كانت الأعشاب والنباتات الطبية مصدر العلاج الأساسى قبل تحديث المجتمع القطرى ، ولاتزال لها بعض الأهمية والإستخدامات فى الوقت الراهن بعد التحديث .

(ب) **مياه الخليج المالحة** وقد اعتمد عليها المجتمع القطرى فى علاج الجروح والحروق حيث يوضع العضو المصاب فى الماء المالح ثم يبلل بعدها على مدى ثلاثة أيام إلى أسبوع فيساعد على التئام الجرح وشفاء موضع الحرق . وإذا كان

الإنسان بعيداً عن الخليج فإنه يذيب الملح فى الماء ليؤدى نفس الغرض . ولا تزال الممارسة موجودة للآن فى ظل التحديث الطبى .

(جـ) **الرمال الممتدة** على شواطىء شبه جزيرة قطر ، حيث يعتمد عليها القطريون فى علاج آلام الظهر والمفاصل والروماتيزم بأشكاله المختلفة . وهنا يدفن المريض جسمه بوضع أفقى أو رأسى فى الرمال لمدة ساعة يومياً وعلى مدى أسبوع تقريباً ضمن ما يسمى بحمامات الرمل[٦٦] . وهى لا تزال قائمة حتى الآن ، وفى ظل التحديث الطبى والإقتصادى ، نظراً لإزمان المرضى وعجز الطب الحديث عن علاجه بشكل قاطع وفورى . لذلك لا تزال هذه الممارسات العلاجية قائمة ويعتمد عليها المرضى .

(د) **الأحجار والمعادن** وهى عناصر مادية تتوافر فى البيئة وتدور حولها بعض المعتقدات فى قيمتها العلاجية أو الوقائية . وقد غلب الإعتماد على هذه العناصر ، فى علاج ارتفاع درجة الحرارة والحمى وخاصة بين المطبّبات . وهنا تجمع المطببة سبع حصيات تسمى « المراهيت » وتضعها فى النار لدرجة الإحمرار ، ثم تنقل فى إناء به ماء بارد وتوضع بجانب المريض الذى يغطى بالبطانية حتى يتصبب عرقاً . وبعد فترة تخرج المعالجة الحصى من الإناء وتترك المريض نائماً ومغطى كما هو ، وتكرر العملية لمدة يومين أو ثلاثة حتى تهبط درجة حرارة المريض ، وبعد ذلك يتناول مشروب عشب العشرق .

٤ــ جمهور المعالجين الشعبيين : تكتسب الممارسات الشعبية شهرتها بإتساع جمهورها واعتقاده فيها . وعلى هذا فالجمهور تتعدد خصائصه وتختلف بإختلاف النمط العلاجى ، ومدى نجاحه فى مواجهة الطب الحديث ، وطبيعة المرض ونوعه ، وتختلف أيضاً بإختلاف السن والتعليم والمهنة والأصول الإجتماعية والثقافية للمرضى . ويمكن أن نتناول خصائص الجمهور مقرونة بكل نمط من أنماط الممارسات العلاجية فى المجتمع القطرى .

(أ) **جمهور المعالج بالأعشاب** : يغلب على المعالجين بالأعشاب ارتفاع المستوى التعليمى (ثانوية ــ جامعة ــ ماجستير) ، وبالتالى فالعلاج

(٦٦) وهى ممارسة تسود المجتمعات البدوية عموماً وقد لاحظناها فى بادية الصف بالجيزة وبادية سفاجا بالبحر الأحمر . أنظر دراستنا عن البيئة وأنماط المرض ، مرجع سابق ، ص ١٧ .

بالأعشاب نمط عقلانى يقصده كثير من الفئات الإجتماعية من المتعلمين وذوى الأوضاع الطبقية العالية والمتوسطة . وتدل المادة الميدانية على تردد الفتيات الجامعيات على العطار (الحواج) واعتمادهن على ما يقدمه لهن من الأعشاب فى حالات أمراض الجهاز الهضمى والسكر والضغط وتساقط شعر الرأس والأمراض الجلدية وهن يرددن المثل الشعبى « اللى ماله أول ماله تالى » تأكيداً على قيمة التراث العلاجى وأهمية الأعشاب فى العلاج . ومن ناحية أخرى يدل الواقع على كثرة تردد طالبات قسم النبات بجامعة قطر على المعالج بالأعشاب للحصول على النباتات والأعشاب الطبية التى لا توجد فى قطر بقصد دراستها ومعرفتها .

وكذلك يقصد جمهور الشباب المعالج بالأعشاب فى حالتين ؛ الأولى حينما يعجز الطب الحديث عن علاج أمراضهم المزمنة كالربو والسكر . والثانية حينما يقصدونه لأول مرة حيث يحيلهم إلى الطب الحديث للتشخيص وإجراء التحاليل والفحوص الطبية وعرض نتيجتها عليه ليصف لهم العلاج العشبى . ويكثر جمهور كبار السن عند المعالج بحكم عراقة العلاج بالأعشاب فى البيئة البدوية الخليجية عموماً ، وكثرة الدراسات والآراء الطبية والعلمية التى تبثها وسائل الإتصال حول جدوى الأعشاب وأهميتها المعاصرة فى العلاج بلا أضرار . ويصدق ذلك على المسنين من الرجال والنساء . ولا يختلف فى ذلك ذوو المهن الراقية عن ذوى المهن الإدارية أو الحرة . ولذلك يعد نمط العلاج بالأعشاب أكثر قبولاً وانتشاراً بين معظم الطبقات والفئات الإجتماعية القطرية . هذا علاوة على وجود نوع من التعايش بينه وبين الطب الحديث .

(ب) **العلاج بالكى** وهو نمط علاجى يقل جمهوره فى الوقت الراهن فى ظل ظروف التحديث ، حتى اقتصر غالباً الآن على كبار السن من الرجال والنساء . أما الشباب فإنهم يستشيرون المعالج بالكى حول المرضى فى بعض الأحيان ، فإن نصحهم بالكى ، ترددوا وتركوه ربما بغير رجعة . وأما النساء فإنهن يترددن عن العلاج بالكى فى الوجه والأذن والرقبة خوفاً من تشوه مكان الكى ، وحتى لا يُحدث أضراراً تتسبب فى انصراف الأزواج عنهن وزواجهم عليهن مرة أخرى . وعلى هذا فجمهور النساء كبير السن نسبياً ، علاوة على أنهن يُعالجن بالكى فى مواضع غير ظاهرة .

والواقع أن المسنين يعتبرون الكي علاجاً لمعظم الأمراض في الوقت الحاضر « كالبوصفار » و « البوجنيب » وعرق النسا والتهاب الكبد والإستقساء و « بوعصيبة » والعقم والروماتيزم وغيرها . وهم يعتمدون عليه للآن ، على الرغم من التحديث الإقتصادى والتعليمى والصحى والإتصالى . ومرد ذلك إلى سيادة هذا النمط فيما قبل التحديث ، واحتراف معظم كبار السن من سكان البادية القطرية لممارسته حتى أن بعضهم يعالج نفسه بنفسه بالكى ، سواء الرجال أو النساء . ويستمر الإعتماد على الكى بين سكان العاصمة ذوى الأصول البدوية . واللافت للنظر أن إحدى المعالجات بالكى تتردد على الطب الحديث للعلاج من مرض ارتفاع ضغط الدم ، وذهبت للعلاج فى المانيا الغربية ، وترى أن الكى يعالج أمراضاً ، والطب الحديث يعالج أمراضاً أخرى ، وإن دلت المادة الميدانية على تفوق الطب الحديث واكتساحه العلاج بالكى حالياً . كما نلاحظ أن عدد المعالجات بالكى (٩) ، بينما عدد المعالجين (٤) فقط طبقاً للمسح .

(جـ) **العلاج بالحجامة** وهو نمط علاجى يتناقص جمهوره حالياً إلى حد كبير أمام التحديث وانتشار الخدمات الصحية وتقدمها ، كما ينحسر عدد المتخصصين فى هذه الممارسة الشعبية . وباتت الممارسة قاصرة على كبار السن من الرجال غالباً ، أما النساء فأقل . وتدل المادة الأنثوجرافية على احتراف عائلات معينة لهذا التخصص العلاجى « كالشراشنة »(*) فى قطر والبحرين وإيران ، وتزداد شهرة نساء الشراشنة عن شهرة الرجال . ويندر اعتماد الشباب من الجنسين على هذه الممارسات العلاجية . بينما يعتمد عليها المسنات فى علاج الروماتيزم والشاعب (الصداع) ووجع الظهر والعيون والأسنان . كذلك أدى التعليم والتحديث الإقتصادى إلى إنكماش هذه الممارسة أمام الطب الحديث .

(*) ترجع تسمية الشراشنة بهذا الإسم إلى رواية ترويها المعالجة حدثت فى إيران (أصولهم الإقليمية) خلاصتها أن شاه إيران طلب إحضار أحد المعالجين بالحجامة ليعالج ابنته التى فقدت الإبصار ، فعالجها الحجّام وأبصرت وصاحت قائلة : « شاه روشن » أى لقد أبصرت أو رأيت النور ، ومنذئذٍ عرفوا « بالشاه روشن » بالفارسية التى حُرفت وتحولت إلى « الشراشنة » . وبصرف النظر عن الرواية فالممارسة وافدة من إيران إلى قطر خلال الإتصال الثقافى بينهما فيما قبل التحديث .

(د) **جمهور المجبر** وهو جمهور كبير ومتنوع الخصائص ، ولكنه يتفق على ثقته بالعلاج الشعبى لكسور العظام من دور التحديث فى نشر وتعميم الخدمات الصحية وتيسيرها . والواقع أن المتعلمين والأغنياء من الرجال والنساء والشباب يثقون فى التجبير ، ويقصدون المجبر للعلاج . ولعل ذلك يرجع إلى عوامل منها بساطة أدوات وطرق التجبير (الماء الساخن والشاش والزيت والتمر الساخن والكمادات الساخنة أو الباردة والزمدته والتليان والكركم والملح وصفار البيض والجريد والخوص) . كذلك يفضل الجمهور المجبر حتى لا يحجزوا فى المستشفى أياماً طويلة وتجرى لهم عمليات جراحية وأشعات ، وهذا يؤكد تفوق التقليد على الحداثة ، كما يؤكد نوعاً من التعايش بين النمطين العلاجيين فى نفس الوقت .

(هـ) **الختان** : ولم يعد له جمهور فى الوقت الحاضر حيث تلجأ الأسرة بأطفالها إلى المستشفيات والأطباء وعموماً لختانهم ، وقد يحدث ذلك مع الولادة مباشرة أو بعدها بأشهر . وعلى هذا تندثر الختانة وتندثر معها العادات والممارسات الشعبية المرتبطة بها ، ولم يعد الختَّان يمارس الختانة إلا على أبنائه وأحفاده وبعد موافقة وزارة الصحة على ذلك . إذن قضى التحديث على التقليد هنا .

(و) **القبالة** : ساعد التحديث على انحسار هذه الممارسة الشعبية بعد انتشار مستشفيات التوليد والمراكز الصحية والخدمات الصحية للأمومة والطفولة بشكل عم المجتمع القطرى كله . ولذلك صارت النساء تفضل الإعتماد على الطب الحديث فى المتابعة والولادة ، فانزوت القابلات أمام زحف الطب الحديث .

(ز) **مطببة أمراض الأطفال** : ولا يزال لهذه الممارسة جمهورها ولكنه ذو خصائص محددة . فهو من النساء كبيرات السن فى الأسر الممتدة اللائى يشاركن بقوة فى اتخاذ القرار الطبى فى علاج أمراض الأطفال . كذلك فالأطفال ينتمون إلى الفئات الإجتماعية غير المتعلمة ، ومن المستويات الإجتماعية والإقتصادية الدنيا ، علاوة على الأسر ذات الخلفيات الثقافية والإجتماعية البدوية (فى الحضر) ، وفى حالات لأمراض الأطفال يغلب عليها الطابع الإعتقادى « كالكشحة » و « السقاط » و « المشوع » (ارتخاء عظام الطفل وتمزقها) .

(ح) المطوع : وهو التخصص ذو الجمهور العريض الذى يشمل المتعلمين وغير المتعلمين ، الرجال والنساء ، كبار الموظفين وصغارهم ، كبار السن وصغاره ، الأصحاء بدنياً والمرضى عضوياً . ومرد هذا الإتساع والتنوع فى الجمهور إلى التراث الإعتقادى الغزير حول علاقة الإنسان بالكائنات فوق الطبيعية ، والسياق الثقافى الذى يعزو المرض إلى عوامل فوقية (كالاختبار والنقمة والحظ والحسد وغيره) ، علاوة على كثرة الأمراض النفسية والعصبية المصاحبة لتحديث المجتمع القطرى ، والتحضر السريع ، وعجز النسق الطبى الرسمى عن استيعاب العوامل الإجتماعية والثقافية ومراعاة دورها وتجاوز قيود النموذج الإكلينيكى والبيولوجى .

ونظراً لانحصار ممارسات المطوع فى فئة الذكور ، فإن النساء يلجأن إليه لعلاج « الزيران » (جمع زار) والمس ، ويتصدر لعلاج العقم وآلام الظهر . أما الرجال فيلجأون إلى المطوع لعلاج الأمراض النفسية والعصبية وعلى رأسها الصرع ، بينما يتسع جمهوره من الأطفال لعلاج « العين الحارة » (الحسد) . وتدل المادة الميدانية على أن المصابين بهذه الأمراض عموماً (الرجال والنساء والأطفال) يقصدون المطوع أولاً لالتماس العلاج ، بينما فى حالة الأمراض العضوية يقصدون الطب الرسمى أولاً ، فإذا فشل فى العلاج أو تباطأ سارعوا باللجوء إلى المطوع .

(ط) المساد (المرخ أو التدليك) : وهو ممارسة تتركز فى فئة الإناث ، وتضطلع المتخصصة فيها بعلاج أمراض النساء كالخضة والعقم وآلام الظهر بإستخدام التدليك بزيت الزيتون على الظهر والبطن والأرجل لمدة ساعة يومياً وعلى مدى ثلاثة أيام . كما تعالج المسّادة المرأة المنفوسة (المكبوسة) ، وهى تجمع فيما قبل التحديث بين التمسيد والتوليد ، وبعد التحديث انحسرت الممارسة الشعبية للتوليد وبقى التمسيد . ونظراً لأهمية وقيمة الإنجاب فى المجتمع القطرى ، فإن جمهور المسّادة يزداد اتساعاً حيث يضم النساء المتعلمات وغير المتعلمات ، الموظفات وربات البيوت ، المتزوجات والعزباوات . وهكذا تناظر المسّادة المطوع فى اتساع الجمهور وتنوعه ورسوخ هذه الممارسات العلاجية فى الوقت الراهن ــ وفى ظل التحديث ــ واستمرارها وتزايد الأعتماد عليها .

٥ــ طبيعة التفاعل بين الطب الشعبي والرسمي : فرضت طبيعة أداء النسق الطبي الرسمي نوعية علاقته بالطب الشعبي . فالأداء غالباً لا يراعي الجوانب الإجتماعية والثقافية ، لذلك يتفوق الطب الشعبي حيناً ، وينافس الطب الحديث حيناً آخر ، وينزوي منحسراً في مواقف ثالثة . والواقع يؤكد على حدّة المنافسة بين نوعي الطب ، ولذلك نلاحظ وجود ثلاثة أنماط من التفاعل تنتج عن طبيعة المواجهة بين التقليد والحداثة وهي :

(أ) نمط تفوق الطب الحديث على الطب الشعبي .
(ب) نمط تفوق الطب الشعبي على الطب الحديث .
(جـ) نمط التعايش بين الطب الحديث والطب الشعبي .

(أ) نمط تفوق الطب الحديث (الحداثة) على الطب الشعبي (التقليد) : وفيه يظهر أثر التحديث واضحاً في تعميم الخدمات الصحية وتجويدها وسهولة الحصول عليها ، ونجاحها في العلاج وتلبية حاجات المجتمع القطري الصحية . وتتعدد الأمثلة الميدانية والشواهد الدالة على ذلك ومنها ما يتصل بممارسات الختان والقِبَالة والحجامة وتطبيب النساء للأطفال . لقد انزوت معظمها ، وانقرض ممارسوها المتخصصون فيها ، ولم يعد هناك صف ثانٍ من الممارسين ولا كوادر جديدة تحل محل القدامى ، ولذلك فهي تندثر بوفاتهم .

لقد صار ختان الأطفال يتم في المستشفيات على أيدي الأطباء ولم تعد القوانين تسمح للختّان بالممارسة إلا بتصريح من وزارة الصحة . كذلك تصدرت المستشفيات والمراكز الصحية للاضطلاع بعمليات رعاية الأمومة والطفولة والتوليد والمتابعة والرعاية الصحية المتنوعة ولذلك اندثرت تقريباً ممارسات القابلة . كما يصدق نفس الشيء على الحجامة حيث انزوت الممارسة أمام التحديث ولم يعد يُقْدم عليها إلا المسنون ، وصار احترافها الآن قاصراً على رجل وامرأتين تقريباً وهم كبار السن (في سن الأربعين والسبعين) . أما مطببة الأطفال فقد انكمش دورها وقلت ممارستها أمام التحديث ولم يبق لها إلا الممارسات ذات الطابع الإعتقادي كعلاج الكشحة والسقاط . وهكذا تفوق التحديث على التقليد فقضى على كثير من التخصصات العلاجية الشعبية وعلى أدوار المعالجين الشعبيين فاتخذوا طريقهم نحو الإندثار .

(ب) نمط تفوق الطب الشعبى (التقليد) على الطب الحديث (الحداثة) : على الرغم من مشروعات وبرامج التحديث المختلفة ، إلا أن هناك تخصصات وممارسات طبية شعبية لا تزال تحظى بالإنتشار وسعة الجمهور وتقف صامدة أمام الحداثة وتتفوق على الطب الحديث فى معظم الأحيان . ومرد ذلك إلى الثقة المطلقة حيناً ، وعجز الطب الحديث عن تحقيق نتائج سريعة وملموسة حيناً آخر ، وبساطة الإجراءات والأدوات العلاجية حيناً ثالثاً ، والسياق الثقافى وطبيعة أداء النسق الطبيالرسمى من ناحية رابعة .

ويصدق ذلك على تخصصات وممارسات العلاج العشبى والتجبير والمطوع وبعض حالات الكى . وتتعدد الشواهد والأمثلة الواقعية الدالة على ذلك من خلال ممارسات المعالجين الشعبيين وجمهورهم . ولعل التجبير على رأس القائمة حيث يحظى بثقة الجمهور ، وتغلب عليه البساطة فى الأدوات والإجراءات العلاجية لكسور العظام، علاوة على أنه يجنّب المريض الحجز فى المستشفى مدة طويلة ، وكفاءة المجبر فى العلاج وطول خبرته . ولذلك يقصده المتعلمون وغير المتعلمين ويلجأ إليه الذين تعرضوا للإتصال والإنفتاح على العالم الخارجى وغيرهم ، كما يلتمس خدماته الموظفون وغيرهم ، ويشمل الجمهور النساء والرجال على السواء .

أما العلاج بالأعشاب فله جمهور عريض — كما سبقت الإشارة — يثق فيه ، ويثق فى معرفته وجدوى علاجه وخلوّه من الآثار الجانبية ، علاوة على عراقة الممارسة فى المجتمع القطرى فيما قبل التحديث . والواقع أن المرضى بأمراض مزمنة يقصدون الحوّاج (العطار) إلتماساً لعلاج كفء لأمراض الربو والسكر وارتفاع ضغط الدم والكلى والجهاز الهضمى ، وخاصة بعد أن يتبطأ الشفاء بالطب الحديث . وكذلك حال ممارسات المطوع الذى يتصور لعلاج الأمراض النفسية والعصبية « والمس ، والزار » والعقم وغيرها . ومعظمها أمراض تكشف عن قصور أداء الطب الحديث فى المعالجة والتعامل مع المرضى ، وتنكره للخلفيات الإجتماعية والثقافية . أما العلاج بالكى فقد أظهر تفوقاً على مستوى كبار السن أمام التحديث . وخاصة فى حالات آلام الظهر والمفاصل والروماتيزم بشكل عام . فالطب الحديث يقدم مسكنات لها دون برء كامل ، ولكن الكى يقضى على الآلام كما يقول المسنون . والواقع أن الطب

الحديث لو قدم علاجاً شافياً لهذه الأمراض فلسوف تسقط آخر معاقل الطب الشعبى فى مجال العلاج بالكى ، ويكتسح الحداثة التقليد كما فى النمط الأول .

(جـ) نمط التعايش بين الطب الحديث والطب الشعبى : وهو نمط كثير الشواهد الواقعية فى بعض التخصصات العلاجية والشعبية ، حيث يستفيد التقليد من الحداثة ويتخذ منها مقومات استمراره ورسوخه فى الساحة . ويصدق ذلك على « المساد » وعلى بعض الممارسات العلاجية الأخرى كالعلاج بالأعشاب والكى وتطبيب الأطفال . أما « المسّادة » فهى تعالج أمراض النساء عادة بإستخدام التدليك بزيت الزيتون فى حالات الخضة وآلام الظهر والعقم والمشاهرة (الكبسة) . ونظراً لإزمان هذه الأمراض واستعصاء بعضها أحياناً ، فإنها (المسّادة) تجمع بين الطب الحديث (فكرة التدليك ومواضعه وارتباطه بالدورة الدموية وتنشيط العضلات وحركة الأعصاب) وبين الطب الشعبى (استخدام زيت الزيتون والأعشاب) والحوار الودى مع المريضة ، وخاصة الخلفيات الأسرية والمشكلات الإجتماعية والسياق الثقافى وكلها مقومات نجاح التقليد أمام التحديث . كذلك فالمسادة تحاول الإستفادة بالطب الحديث فبعد أن تعرف الحالة تحيلها للأطباء للعلاج أولاً من المرض العضوى ، كحالة الإنزلاق الغضروفى ، ثم تبدأ هى تعالج آلام الظهر أو العقم أو غيرها .

أما العلاج بالأعشاب فهو نمط ينوى فى بعض ممارساته على تعايش مع الطب الحديث . فالعطار يؤكد على أهمية العلاج الحديث وكفاءته فى حالات العلاج بالجراحة أو بالأدوية ويؤكد أيضاً على أهمية الأعشاب فى علاج أمراض أخرى كالشلل والسرطان والجلطة والربو والحمى والقرحة والروماتيزم والصداع وشلل الوجه (اللفف) والحساسية وآلام الظهر والفتق والتهابات العيون والبروستاتا . ويعتمد الحواجون على الطب الحديث فى تشخيص المرض — صعب التشخيص — بالتحاليل والفحوص الطبية ، ثم يذهب اليه المريض بالتشخيص جاهزاً فيصرف له الأعشاب والمواد العطرية اللازمة للعلاج . وينصح مرضى العيون والضغط بالتماس العلاج الطبى الحديث ، حتى لا تتعرض العين مثلاً للميكروبات ويتضاعف مرضها .

وقد بلغ العلاج بالأعشاب مستوىً ملحوظاً من الدقة والمهارة حتى أن أحد الحواجين بالدوحة يجرى تجارب على الحيوانات فيعطيها أعشاباً مختلفة ليجرِّبها فى علاج الربو ، الذى أصيب به فى طفولته ، فأفقده السمع نتيجة لآلام حادة فى الأذن . وتوصل إلى العلاج وتناوله فشفى . وبعدها فتح مصنعاً لتخليط وإعداد الوصفات العلاجية من النباتات والثمار والعسل والزيوت النباتية لعلاج معظم الأمراض .

ويتضح نمط التعايش أيضاً فى حالات الكى والأطفال . فالمعالج بالكى لا يكوى المريض إذا كان بجسمه جرح ويطلب منه علاج الجرح بالطب الحديث أولاً ، ثم يعالجه بالكى بعد ذلك . كذلك فمطبِّبة الأطفال تحوِّل الأطفال — الذين تعجز عن علاجهم أو معرفة أمراضهم — إلى الأطباء ، وترى أن الطب الحديث أقدر فى علاج الربو مثلاً بينما يخفق فى علاج « السقاط أو المشوع أو الكشحة » ، ويتصدر الطب الشعبى لمعالجتها . والواضح إذن أن ما ينجح فيه الطب الشعبى هنا يغلب عليه الطابع الإعتقادى فى التشخيص والعلاج والوقاية ، وهذا سبب استمراره .

سابعاً : مناقشة النتائج :

تحوى الدراسة أربعة فروض أساسية وخمسة فروض فرعية تحاول الكشف عن طبيعة العلاقة بين الطب الشعبى والتحديث بعوامله المختلفة . وإذا كانت الفقرة السابقة ألقت بعض الضوء على ملامح الطب الشعبى فى قطر وعلاقته بالطب الرسمى والتحديث عموماً ، فإن هذه الفقرة تبرز نتائج وآثار التحديث على الطب الشعبى بتخصصاته وممارساته المتعددة من خلال الشواهد الواقعية الموجزة فيما يلى :

الفرض الأول : « كلما تعرض الشخص لعامل أو أكثر من عوامل التحديث كلما هجر الممارسات الطبية الشعبية واعتمد على الطب الحديث » .
وتدل المادة الميدانية على صدق هذا الفرض بصور سلوكية شتى . فالتعرض للتحديث — بعوامله المختلفة — أدى بالمجتمع القطرى غالباً إلى الإعتماد على الطب الحديث بما حققه من إنجازات ملموسة فى التحليل والفحص والأشعة العادية (×) والتليفزيونية Sonar وإجراء العمليات الجراحية والعناية المركزة

ونقل الدم ونقل الكلى والتخدير واستئصال الأورام والمرارة والزائدة الدودية والحصى وغيرها . لقد بهر الطب الحديث الناس بهذه الإنجازات السريعة ذات العائد الصحى السريع فازداد اعتمادهم عليه على حساب الطب الشعبى . وساعد على هذا التحديث السريع عوامل كالتعليم والتحضر والإتصال والتحول الإقتصادى .

لقد حدث هذا التحول فى حالات الأمراض التى أثبت فيها الطب الحديث كفاءته العلاجية والوقائية السريعة وبدون تأخير أو تباطؤ . أما فى حالات الأمراض المزمنة (السكر والضغط والربو والصفراء والكبد والروماتيزم) والأمراض المستعصية (العقم والإعاقة وتكرار وفيات الأطفال عند الولادة) فإن شفاءها يتأخر وقد يعجز الطب الحديث عن علاجها فيلجأ بها أصحابها إلى الطب الشعبى بتخصصاته المختلفة . إذن صدق الفرض الأول هنا نسبى وليس مطلقاً .

وتدل الشواهد الواقعية على أن معظم الناس الذين يعتمدون الآن على الطب الحديث قد تعرضوا لعامل أو أكثر من عوامل التحديث كالتعليم والتحضر والإتصال والإقتصاد ، إضافةً إلى التحديث السياسى . والدليل على ذلك أن الشباب المتعلم يرفض رفضاً قاطعاً الإعتماد على المعالجين بالكى أو بالحجامة ويؤثرون الطب الحديث ويتباهون بإنجازاته وكفاءته . كذلك قد يتباطأ شفاؤهم فيقصدون المعالج الشعبى بالكى أو الأعشاب أو الحجامة ولكنهم يهرولون حينما يرون أدوات الكى ، أو مرارة الأعشاب والنباتات الطبية . كما نجد النساء الحوامل المتعلمات الحضريات يرفضن الإعتماد على الممارسات الشعبية فى التوليد ورعاية الطفل ويعتمدن على المستشفى والمركز الصحى .

الفرض الثانى : « إذا قل تعرض الشخص لعوامل التحديث ، زاد اعتماده على الطب الشعبى ، وقل لجوؤه إلى الطب الحديث » . وهذا الفرض عكس الفرض الأول ، كما أنه يلقى الضوء على عوامل التحديث فى نفس الوقت . وتدلنا المادة الإثنوجرافية على وجود ارتباط بين قلة التعرض للتحديث وبين ازدهار الطب الشعبى وزيادة جمهوره والإعتماد عليه . لذلك فالمسنون والمسنات أكثر اعتماداً على الممارسات الشعبية من المحدثين ، حيث لم يحظوا بقدرٍ وافرٍ من التعليم ، ولم تتح لهم الفرصة للإنتقال والإتصال بالعالم

الخارجي ــ مثل المحدثين ــ واكتساب الإتجاهات الجديدة والقيم والأفكار الجديدة . وإن كان التحديث السياسى والإقتصادى أتاح لهم فرص السفر للخارج للعمل والعلاج والتجارة والسياحة ، إلا أنهم لا يزالون متحمسين للعلاج الشعبى الذى نشأوا معه أطفالاً وفتياناً وشباباً .

كذلك تدل الشواهد على أن الأشخاص الأقل تعرضاً للتحديث يبدأون سلوك المرض والعلاج بالطب الشعبى أولاً ، فلو فشل لجأوا إلى الطب الحديث ــ سواء فى قطر أو فى خارجها ــ للحصول على خدماته . كما أنهم أكثر صبراً على إجراءات العلاج بالكى أو الأعشاب أو الحجامة ، وهؤلاء هم جمهور المعالجين الشعبيين .

ويدلنا الواقع من ناحية أخرى على أن هناك أشخاصاً أكثر تعرضاً للتحديث ، ومع ذلك يعتمدون على الطب الشعبى فى العلاج من أمراض مزمنة حيناً (كالروماتيزم) أو مستعصية (كالعقم) حيناً آخر ، أو ميسورة العلاج وبسيطة الإجراءات (كسور العظام) أو لا يترتب على العلاج أضرارا جانبية (كأمراض الجهاز الهضمى والتنفسى) .

وفيما يلى عرض سريع لمدى فاعلية عوامل التحديث وعلاقتها بالطب الشعبى ، من خلال الفروض الفرعية الخمسة :

١ــ التعليم : وهو عامل حاسم فى التحديث فى القيم والإتجاهات والسلوك . ولكنه يفقد فاعليته أمام طبيعة المرض ومدى خطورته ورحلة العلاج ونوعية الجماعة المرجعية وثقافتها وخلفياتها الإجتماعية ، وحجم الثقة فيه . ولذلك نجد الفتيات الجامعيات يلجأن للحّواج ويستخدمن العلاج الشعبى الذى يقدمه لهن لعلاج الأكزيما وقشرة الرأس وسقوط الشعر . وقد لا يكون هذا السلوك غريباً ولا مرفوضاً ، إذا اعتبرنا أن العلاج بالأعشاب هو النمط الأكثر عقلانية وقبولاً فى ظل التحديث .

(أ) التحضر : ويظهر أثره على الجيل الثانى من البدو الذين هاجروا إلى الدوحة العاصمة واستوطنوها وتعرضوا للتحديث فيها بفعل التحضر . ويتضح ذلك من خلال اعتماد الجيل الأول ــ من كبار السن من الرجال والنساء ــ على العلاج الشعبى المتنوع ، وتحمسهم له (كالكى والحجامة والختان والقبالة

والأعشاب ... الخ) . على حين نجد الجيل الثانى الذى ولد فى المدينة واكتسب السلوك الحضرى وطريقة الحياة الحضرية فيها ، أكثر بُعداً عن هذه الممارسات العلاجية الشعبية ، وأكثر نفوراً منها غالباً . ولعل التعليم والإتصال يساندان التحضر فى اكتساب الجيل الثانى للإتجاهات الحديثة ، وانحسار الممارسات الطبية الشعبية فى المدينة .

٣ــ الإتصال : وهو يصدق على المحدثين من الذكور والإناث أيضاً ، حيث يطلّع هؤلاء على الخبرات الجديدة والأفكار والأساليب الجديدة فى مجتمعات أخرى فيتأثرون بها ويتبنونها كما تبدو فى مجال العلاج الطبى والوقاية . أما المسنون فلا يظهر أثر لهذا العامل ، والدليل على ذلك امرأة مسنة تقيم فى الدوحة (الحضر) وتعانى من ارتفاع ضغط الدم ، فلجأت إلى الطب الحديث وسافرت إلى ألمانيا للعلاج وعادت ، ومع ذلك فلا تزال تعتمد على العلاج بالكى . ذن لم يغيّر التحضر ولا الإتصال والانفتاح من إتجاهات المسنين نحو العلاج الشعبى .

٤ــ الأوضاع الطبقية : وهو عامل مؤثر فى التحديث وخاصة فى المجال الصحى . فالوضع الطبقى المرتفع أتاح لصاحبه العلاج فى خارج القطر ، كما يوفر له نفقات العلاج الباهظة فى الدول الأوروبية والولايات المتحدة ، وتتعدد الشواهد على ذلك من المجتمع القطرى . أما الوضع الطبقى الأدنى فلا يتيح لصاحبه العلاج على نفقته فى الخارج إن أراد . والواقع أن الصورة ليست صارخة فى الفروق الطبقية وإنعكاسها على العلاج الحديث ، نظراً لتوافر الخدمات الصحية المتميزة وشمولها لكل المجتمع القطرى . إلا أن فشل هذه الخدمات فى تحقيق الشفاء ، يدفع الطبقات العليا نحو الإعتماد على الطب الشعبى ، ومثال ذلك علاج حالات الشلل الوجهى بالحجامة عند أسرة الشراشنة فى الدوحة ، وحصول المعالجة بالحجامة على عشرات الآلاف من الريالات مقابلاً للعلاج .

٥ــ لعب السياق السياسى دوره فى تحديث المجتمع القطرى من خلال ما أدخله وتبناه من برامج ومشروعات التنمية والتحديث ، علاوة على تحديث الثقافة العلاجية ذاتها . ولعل القرارات السياسية بعلاج أبناء المجتمع القطرى فى داخل الدولة وخارجها ، وتكفّلها بتدبير نفقات العلاج للغالبية ، آثارها

الملحوظة فى البحث عن الأساليب العلاجية الجديدة ، وتتبُّع الإنجازات الطبية المتميزة فى العالم العربى والغربى — من خلال أساليب الإتصال — ومحاولة الإستفادة منها فى أمراض العيون والكبد والجهاز التنفسى والعقم . وتتعدد الشواهد الدالة على ذلك ، وسنذكرها لاحقاً .

الفرض الثالث : « كلما ازدادت فعالية عوامل التحديث ، كلما قل عدد المعالجين الشعبيين والممارسات الشعبية العلاجية والوقائية » . أسفرت الدراسة الميدانية عن وجود تسعة تخصصات علاجية شعبية يحترفها الرجال (٢١ معالجاً) والنساء (٢٥ معالجة) . كما أسفرت أيضاً عن زيادة فى فعالية عوامل التحديث ودورها الملموس فى المجالات الصحية والإقتصادية والإتصالية ... الخ .

ولكن هل فعالية التحديث عامةً ، والطب الحديث بصفة خاصة ، يؤديان إلى انحسار الممارسات الشعبية العلاجية والوقائية ، وقلة عدد المتخصصين فيها ؟ الواقع أن هذه القضية تصدق على معظم الممارسات وعلى المتخصصين فيها ، ولكنها لا تصدق على البعض الآخر . فقد أدى التحديث الفعال فى المجتمع القطرى إلى انحسار العديد من الممارسات العلاجية المتعلقة بالكى والختان والحجامة والقبالة وأمراض الأطفال . كما قل عدد المتخصصين بمرور الوقت ومع زيادة فعالية التحديث ، ثم إن الموجود منهم مسنون ومسنات فوق سن الخمسين ، ويؤكد الواقع أن الممارسة ستنزوى بوفاتهم ، فلا كوادر تتناقل التخصص ولا يقبل الجيل التالى من الأبناء والأحفاد توارث المهنة ، حيث ساعدت عوامل التحديث الأخرى — كالتعليم والإتصال — على انصرافهم بالرغم من حرص بعض المعالجين — رجالاً ونساءً — على توريث المهنة لأبنائهم البنين والبنات ، كما فى حالة الحجامة مثلاً .

وعلى الرغم من كبر حجم دخل الممارسين الشعبيين غالباً ، وحرصهم على توريث التخصص لأبنائهم ، وإضفاء طابع الأصالة والقداسة على ممارساتهم (الكى والحجامة مثلاً) التى تتوارثها الأسرة ، إلا أن عددهم فى انحسار ملحوظ بين الرجال والنساء على السواء (رجل وامرأتان) . إن أجر الكيَّة الواحدة يتراوح بين ١٠٠—١٥٠ ريالاً ، والعلاج يتضمن عدداً من الكيَّات تتراوح ما بين ٢—٨ كيَّات . أما الحجامة فالأجر حسب الحالة المرضية

والطبقية للمريض ورحلة المرض ، وغالباً يتراوح الأجر ما بين ٣٠٠ ريال إلى آلاف الريالات .

وتدل دراسات الحالات على أن القابلات كن كثيرات العدد فيما قبل التحديث ، حيث تقل الخدمات الصحية الحديثة ويتعذر الحصول عليها ، كما أن ذات الحمل ترفض اللجوء إلى المستشفى لئلا يطلّع عليها الرجال ، وتفضل القابلة عما عداها . وفى حالة عسر الولادة تقوم القابلة بالتمسيد ثم تعدل وضع الجنين بيديها ، وإذا عرضت على الزوج وأسرته الذهاب إلى المستشفى ، رفض الجميع وفضلوا الموت على الذهاب للطبيب . لقد انحسرت هذه الممارسة الآن بفعل التحديث الصحى ، وتغيرت اتجاهات النساء والرجال نحوها ، وقل عدد القابلات (قابلتان ٥٠ــ٧٠ سنة) .

ومع كل ذلك التحديث ، إلا أن بعض الممارسات العلاجية تزدهر وتستفيد من الطب الحديث ، بحيث يمكن القول بأن التحديث يزيد فعالية التقليد . ويصدق ذلك على العلاج بالأعشاب حيث أسفر المسح الإجتماعى عن أربعة عشر معالجاً (ثمانية رجال وست نسوة) وهى أكبر نسبة بين التخصصات العلاجية التسعة . وتدل دراسات الحالة والمادة الأثنوجرافية الأخرى ، على أن النساء يرثن التخصص من الأمهات والجدات ، على حين يجمع الرجال بين الوراثة والإكتساب ، علاوة على ارتفاع مستواهم التعليمى (ثانوية وجامعة وماجستير) واستخدام العقلانية فى العلاج بشكل يبعث فى المريض روائح التراث ومقدمات الشفاء بخبرة وأصالة الماضى .

فالحُواج (المحدث) تعلم (بمستويات متوسطة وعالية وعليا) وعاش فى المدينة (تحضُّر) ، وانفتح وسافر للخارج (الإتصال) وعاد بمعلومات جديدة وخصائص جديدة وأعشاب جديدة ، واكتسب خبرات جديدة وسعى للتعايش مع الطب الحديث . فهو يحيل مرضاه لعيادات الأطباء والمستشفيات لتشخيص المرض أساساً ، ثم يعالجهم هو فى النهاية بالأعشاب . إذن الحداثة فى خدمة التقليد .

ومن ناحية أخرى ، فإن الحُواج يبتكر فى تركيب الوصفات ، ويمزج بين الممارسة والمعرفة المكتسبة بالتعليم والقراءة ، فكثرت خبرته وازدادت مهارته فى

علاج العديد من الأمراض ، حتى جعل من التعليم والتحضر والإتصال والطبقة عوامل محايدة فى التحديث . ويصدق ذلك فى حالات نجاحه فى علاج أمراض الربو والجلطة والسرطان والحمى والصداع والروماتيزم وآلام الظهر والتهابات العيون والقرحة والأكزيما والبروستاتا . وتدل دراسة الحالة على أن الحواج يعتمد على التجريب فقد جرَّب علاج الربو على الحيوانات ثم طبقه بعدها على نفسه . وأقام مصنعاً لتخليط وإعداد الوصفات العلاجية من النباتات والثمار والزيوت والعسل . ويتأكد بذلك استنتاجنا السابق بأن التحديث يعيد إحياء التقليد ويخدمه ، ليحقق تحديث التقليد إن صح التعبير .

الفرض الرابع : « تؤدى كفاءة الطب الحديث فى علاج أمراض البيئة إلى الإبتعاد عن المعالجين الشعبيين ، بينما يؤدى قصوره إلى زيادة عددهم والإعتماد عليهم » . العلاج الشعبى حلقة فى سلسلة تاريخ الطب الحديث وبالتالى فهو أسبق عليه وأكثر انتشاراً منه فى الماضى . ولذلك فقط غطى — بنحو أو آخر — حاجة سكان البيئة القطرية فى الماضى من خلال تخصصاته المتنوعة . ومع تحديث المجتمع القطرى والأخذ بالطب الحديث والتكنولوجيا الطبية المتقدمة ، ظهرت كفاءة الطب الحديث على حساب الطب الشعبى فى الغالب ، فابتعد الناس عن المعالجين الشعبيين ، واستعاضوا عنهم بالخدمات الصحية الرسمية .

ويصدق ذلك على ممارسات وتخصصات القابلة والختّان والحجّام ومطبِّبة الأطفال ... الخ ما ذكرنا فى الفرض السابق . إلا أن قصور الطب الحديث ، يؤدى إلى زيادة عدد المعالجين الشعبيين وازدياد الأعتماد عليهم . ويتضح القصور حيناً فى طبيعة الأداء الطبى ذاته ، أو فى تباطؤ الشفاء من المرضى حيناً آخر ، أو فى فشل العلاج حيناً ثالثاً ، أو فى عدم الإعتراف أساساً بالمرضى ذى النشأة والأصول الثقافية والإجتماعية من ناحية رابعة . وفيما يلى نتائج الدراسة الميدانية بشأن هذه النواحى الأربع :

(أ) طبيعة الأداء الطبى ذاته : وهنا يؤدى النسق الطبى الرسمى دوره بما لا يتفق وثقافة المرضى وخلفياتهم الإجتماعية ، علاوة على تبنى النموذج البيولوجى وليس الإجتماعى فى تقديم الخدمة الصحية . وتدل دراسات الحالة للمرضى وسلوك المريض على أن لغة الطبيب ليست فى متناول فهمهم ، كما أن تفاعله

معهم يغلب عليه الطابع الرسمى الجاف من المشاعر . كما يؤكد الواقع على أن النسق الطبى يلتزم بالنموذج البيولوجى فى الأداء فيعرف درجة حرارة الجسم وتحليل البول والدم ويقيس الضغط وحركة الجسم والوزن والطول ... الخ ، ولكنه لا يبالى بمهنة المريض ولا خلفيته الإجتماعية ولا ثقافته وبيئته ولا مشكلاته التى تشغله ، وهكذا يكون الأداء قاصراً . وهنا ينصرف المرضى عن الطب الحديث ويجدون ضالتهم عند المعالج الشعبى الذى يبدأ معهم من حيث هم لا من حيث المرض والأعراض . لذلك نجد المعالجين بالأعشاب والكى والمجبرين محل ثقة الجمهور وخاصة المسنين وبعض المحدثين الذين لم يجدوا مأربهم عند الطب الحديث .

(ب) تباطؤ الشفاء من المرض وتعقد إجراءات العلاج : وهنا يشترك المسنون والمحدثون من الرجال والنساء فى نفاذ صبرهم لتأخر الشفاء وتعقد إجراءات العلاج الطبى . ويصدق ذلك فى حالات الأمراض المزمنة كارتفاع الضغط والسكر والجهاز التنفسى والكبد والصفراء ، واختلافات التشخيص . ومن الأمثلة على ذلك حالة شاب جامعى من كبار الموظفين القطريين بالمؤسسة العامة القطرية للبترول أصابه مرض الصفراء فذهب إلى المستشفى وحجز بها . وشخص الأطباء مرضه بأنه « تكسير فى الدم » مرة ، وملاريا مرة أخرى . ولما ذهبت والدته ــ المعالجة بالكى ــ لزيارته فى المستشفى ورأت عينيه ويديه تعرفت على مرضه الصفراء (البوصفار) ، ونصحته بالعلاج بالكى فطلب الخروج من المستشفى وعلى مسئوليته فخرج وعولج بالكى فزالت أعراض المرض بعد يومين وتحسنت صحته حسبما يقول .

ومن الأمثلة أيضاً أن كثرة الإجراءات العلاجية والمواعيد المخصصة لكل إجراء فى المستشفى كالتحاليل والفحوص الطبية والأشعات ، تستغرق وقتا طويلاً يدفع المريض فى النهاية إلى تعجل التشخيص والشفاء على أيدى المعالجين الشعبيين (كالمعالج بالكى) . ومن الشواهد على ذلك شاب أصيب بتقيح أحد أصابع اليد بالصديد (بوعصيبه) ، أقضّ مضجعه فذهب إلى المستشفى ، ففتح الطبيب موضع التقيح ووضع فيه « فتيلاً » يتم تغييره يومياً . ولكن الشاب لم يتحمل المعاناة اليومية فى أثناء إخراج الفتيل القديم الملوث وإبداله

بآخر جديد نظيف فذهب إلى المعالج بالكى فكوى له كف اليد من الخارج فى نهاية عرق الأصبع فشعر بالتحسن وشفى على حد قوله .

ومن الشواهد الأخرى أن مرضى العظام يفضلون المجبر ويثقون فى قدراته وكفاءته العلاجية ، علاوة على بساطة الأدوات التى يستخدمها والإجراءات التى يتبعها فى العلاج . لذلك يفضل البعض علاج المجبر ، هروباً من طول البقاء فى المستشفى ، وثقل وزن الجبس وصعوبة الحركة . كذلك يفضل المسنون من الرجال والنساء الإعتماد على المعالج بالحجامة فى حالات الشلل الوجهى وارتفاع ضغط الدم ، لشهرته وشهرة الأسرة فى القيام بهذه الممارسة العلاجية « كالشراشنة » .

(جـ) فشل العلاج الطبى الحديث : وهنا قد يرجع الفشل إلى عدم وجود دواء شافٍ ونهائى ، أو أن المرض مستعصٍ . ولكن الجمهور غالباً يصف الطب الحديث بالفشل إذا لم يتحقق الشفاء الكامل وبأسرع وقت . لذلك فالمريض يتجه مباشرة للعلاج الشعبى ترقباً للشفاء حيناً ، وثقة فى كفاءته حيناً آخر ، وتجريباً لأسلوب ذائع الشهرة حيناً ثالثاً . وخاصة عند الذين تعرضوا للتحديث وتغيرت إتجاهاتهم نحو الطب الشعبى . ويصدق ذلك على مرضى الروماتيزم وآلام الظهر والمفاصل ، حيث لا يقدم لهم الطب شفاءً كاملاً ، وتطول مدة العلاج دون جدوى وهنا ينصرفون نحو العلاج بالكى (عرق النساء) وبالأعشاب وعند المطوع فى بعض الأحيان ، وبالمساد أحياناً أخرى وخاصة النساء .

ومن الأمراض الأخرى — فى هذا الصدد — العقم ولذلك تزدهر ممارسات « المطوع » و « المسّادة » سواء للرجال أو النساء . فالمطوع يستخدم البخور علك اللبان (اللبان الذكر) والزعفران وماء الورد والسويده (الحبة السوداء أو حبة البركة) ، فيخلط ماء الورد مثلاً بالزعفران ويقرأ عليها القرآن ويعطيها للعاقر لتشربها . كذلك يقرأ القرآن على زيت الزيتون ليدهن به المريض بآلام الظهر موضع الألم ، أو بوضع عصير الليمون مع الزنجبيل على الموضع لنفس الغرض . كما تقدم « المسّادة » بممارسات علاجية للعواقر بالتدليك بزيت الزيتون على الظهر والبطن والأرجل لمدة ساعة يومياً على مدى ثلاثة أيام . وهى ممارسة نسائية تحترفها النساء ويقدمنها للنساء أيضاً .

أما فى حالة الأمراض النفسية والعصبية فالغالب أن الجمهور يقصد فيها المطوع لثقته فيه ، ولعجز الطب الحديث عن علاج هذه الحالات كالصرع والمس و « الزيران » (الزار) . وهو يستخدم الآيات القرآنية والدعاء والبخور . ويلعب السياق الثقافى والإجتماعى دوره فى قبول هذا الدور والممارسات ، والثقة فى تشخيص المطوع ذاته للمرض ، ولذلك يقصده المتعلمون وغير المتعلمين ، وأبناء الطبقات العليا والدنيا ، ومنْ تعرضوا لكل عوامل التحديث ومنْ تعرضوا لبعضها فقط .

(د) عدم الإعتراف بالأمراض ذات النشأة والأصول الثقافية والإجتماعية : وهى الأمراض ذات الطابع الإعتقادى التى تصيب الكبار والصغار ، ومن بينها الكشحة والسقاط والمشوع وتعالجها مطببة الأطفال ، و « الزيران » و « المس » و « اللبس » ويعالجها المطوع ، والمنفوسة (المكبوسة) وتعالجها المسّادة ، و « العين الحارة » (الحسد) ويعالجها المطوع . وهكذا لا يجد المرضى بهذه الأمراض اعترافاً من النسق الطبى الرسمى بهم ، ولا العلاج فيستمر فى الوجود إلى جانب الطب الحديث ، وفى ظل ظروف وعوامل التحديث .

١ـ أما مطببة الأطفال فهى تعالج **الكشحة** (وهى تكرار وفاة المواليد بعد الطفل الأول) . و « الكشحة » هى شعرة رفيعة فى الجسم قد تكون فى البطن أو القدم أو جبهة الطفل أو زنده أو ظهره ، وعندما تعثر عليها المعالجة تكويها بعرق الكركم (وهو جذع شجرة الكركم الذى يطحن وتصنع منه البهارات) . فإذا لم يتوافر عرق الكركم تستخدم لفة قماش رفيعة مشتعلة الرأس وتكوى بها الطفل ، وهى أخف من الكى بالمسمار . وأما « السقاط » فهو مرض تشخصه الثقافة الشعبية بأنه يتمثل فى سقوط حلق الطفل . ومن أعراضه البكاء الشديد والمستمر ، وارتفاع درجة حرارة الطفل وعدم استجابته للأدوية الحديثة كالمضادات الحيوية وخروج لعاب كثير من الفم عند البكاء أو التحدث أو النوم ، وصعوبة الرضاعة أو تناول الطعام والشعور بالضيق . وتعالجه المطب بوضع إبهامها فى مسحوق قشر الرمان ، وتدخله فى فم الطفل وترفعه إلى أع بعد تدليك البطن أو الظهر والرقبة بالسمن ، مرة كل يوم لمدة ثلاثة أيا فيتحسن الطفل بعدها . بينما يتمثل « المشوع » أى التواء عظام الطف

وتمزقها ، نتيجة شد الطفل من يده بقوة ، أو حمله بطريقة خاطئة دون وضع اليد خلف ظهره لتسنده ، وهنا يحدث له إلتواء أو ملع . وتعالج هذه الحالات بتدليك الموضع المصاب بزيت الزيتون الدافىء لمدة ساعة يومياً وعلى مدى ثلاثة أيام ، أم يوماً بعد يوم لمدة أسبوع .

٢ــ بينما يقوم **المطوع** بعلاج المرضى بالزار . وهو يقسم الزار إلى نوعين : « الزيران » (الجن الصغيرة) وهى لا تؤذى الإنسان وهدفها مضايقته فقط . أما « الزيران الكبيرة » (الجن الكبيرة) فيستهدفون الأذى والضرر للإنسان . ويعالج المطوع هذه الحالات بقراءة القرآن الكريم والدعاء فيستخرج الزيران ، ويشفى المريض . ومن الواضح أن السياق الثقافى والإجتماعى له دوره البارز فى الإيمان بهذه المعتقدات والتصورات .

٣ــ كذلك يتصدَّر **المطوع** لعلاج الأمراض النفسية والعصبية كالصرع ومس الجن ، وتقمصهم لجسم الإنسان (الملبوس) ، وذلك بتلاوة الآيات القرآنية على ماء الورد المخلوط بالزعفران ويعطيه للمريض ليشربه ، علاوة على بعض الأحجبة والتعاويذ التى يقدمها للمريض .

٤ــ كما يقوم **المطوع** بعلاج العين الحارة (الحسد) من خلال استخدام الآيات القرآنية والدعاء للمحسود على الزعفران المضاف إليه ماء الورد ثم يشربه ليشفى من أثر الحسد . والغالب أن العين الحارة تتجه ناحية الأطفال . وهنا تزداد الممارسات والتخصصات العلاجية التى تضطلع بعلاجهم سواء بالرق والأدعية ، أو بالبخور وماء الورد والزعفران ، أو بالمساد أو الكى أو الأعشاب . وهكذا يبقى المطوع وممارساته طالما بقيت الحياة ومهما زادت فعالية التحديث .

★ ★ ★

الفصل السابع

الطب الشعبى فى السودان

الفصل السابع

الطب الشعبى فى السودان

مقدمة :

يعتمد الطب الشعبى على مقولة أن الله تعالى قد خلق لكل داءٍ دواءً . لذلك فالأعشاب تنبت فى كل مكان ، واهتدى الإنسان إلى ما يشفيه منها بالعقل ، واهتدى الحيوان إلى ما ينفعه منها بالغريزة . فهناك الأشجار والشجيرات وأقسامها التسعة من زهر وثمر وأوراق وجذوع وبدور وعصائر ولحاء ... الخ ، استخدمها الإنسان علاجاً لأمراضه . فتارة يستخدم الأوراق ، وتارة أخرى يستخدم البذور ، وتارة ثالثة على الجذور . كذلك فهو يعتمد عليها فى حالتها الخام مرة ، ويستخدم منقوعها مرة أخرى ، ويجففها ويضيف إليها عناصر أخرى مرة ثالثة وهكذا .

وكذلك فقد استخدم الإنسان النباتات الطبية التى تنبت فى الأماكن الرطبة وفى الظلال وفى المياه الراكدة والأنهار والبحيرات . كما اعتمد على لحوم الحيوانات وأجزائها المختلفة من جلود وعظام ، وإفرازات وغدد وريش ، واستخدم كافة أنواع الحشرات ومخلفاتها التى اهتدى لتجربتها فى العلاج ، واستخدم أجزاء من جسم الحيوان ومخلفاته فى الاستشفاء ، ومنها « كيس مرارة » الأغنام كغلاف لجروح الأعصاب ، والجبن الطرى لمنع تورم الجراحات ، والجبن القديم للقروح الردية وللمريض بعد العمليات الجراحية كذلك أحرق السلحفاة كاملة لتتكلس مع الفلفل لإزالة الربو المزمن والسل والقرحة ، وعلاج القروح والسرطانات الخبيثة[1] .

لقد تضافرت عديد من العوامل الطبيعية والبيئية والمناخية فى السودان حتى صار موطناً لآلاف من النباتات يصعب حصرها ، بدءاً من الغابات والأشجار الضخمة ، حتى الشجيرات والحشائش الصغيرة التى لا يتعدى عمرها الشهر والشهرين[2] . وبالتالى أصبح السودان بقعة تمثل أرض ومناخ ونباتات العام

(١) د . بنهام شماس ، مرجع سابق ، ص ٧٤٤ .

(٢) د . عبد الكريم محمد صالح ، السودان كمصدر هام للنباتات الطبية فى الوطن العربى ، بحث مقدم إلى مؤتمر النباتات الطبية ... ، مرجع سابق ، ص ١١٦ .

كله ، مما أتاح عديداً من البدائل العلاجية الشعبية . ولهذا تعامل السودانى مع النباتات فعرف خواصها ومزاياها وفوائدها العلاجية ، وتخصصت عائلات بأكملها فى العلاج بالأعشاب ، يرثون المعرفة والخبرة من الآباء ، ويرثها منهم الأبناء . وإذا عجزت النباتات المحلية ، جلب السودانيون من الخارج ما يكفى لحاجتهم العلاجية .

ومن ناحية أخرى لعب الوضع الجغرافى للسودان دوره فى ازدهار الطب الشعبى بشتى صوره . فالسودان مَعْبَرٌ للثقافات ، عَبَرَه العرب غرباً وجنوباً ، وهم يحملون معهم الطب الاسلامى وطب الإغريق والفرس . كذلك عَبَرَه سكان غرب أفريقيا بثقافاتهم وتخصصاتهم الطبية الشعبية قاصدين الأماكن المقدسة . لذلك امتزجت ثقافات الشرق مع ثقافات الغرب على أرض السودان ، فازدهر الطب الشعبى سواء طب الأعشاب ، أو العلاج بالكى ، أو الزار ، أو التجبير . ولا تزال هذه الممارسات قائمة حتى الآن ، بالرغم من انتشار الخدمات الصحية الرسمية حالياً . ولذلك انتهزنا فرصة تواجدنا فى السودان ، للتدريس فى جامعة أم درمان الاسلامية ، فأجرينا هذه الدراسة المكثفة على أبرز صور الطب الشعبى انتشاراً ، وساعدنا فى هذه المهمة طلاب قسم الاجتماع والإحصاء التطبيقى بكلية الشريعة والعلوم الاجتماعية .

وفى ضوء ذلك نتناول الموضوعات التالية :

أولاً : موضوع الدراسة .

ثانياً : منهجية الدراسة .

ثالثاً : الإطار التصورى للدراسة .

رابعاً : دراسات حالة لأشهر المعالجين الشعبيين .

خامساً : مناقشة النتائج .

* * *

أولاً : موضوع الدراسة :

تتعدد الممارسات الطبية الشعبية فى المجتمع السودانى لتغطى نقص الخدمات الصحية الحديثة ، وتواجه أمراض البيئة السودانية ، وتتسق مع السياق الثقافى والاجتماعى الناجم عن التقاء وامتزاج ثقافات الشرق والغرب ، والشمال والجنوب .

وفى ضوء قلة الدارسات الأنثروبولوجية الطبية عن المجتمع السودانى — وإن استأثر باهتمامات الرواد(*) — ودخول الخدمات الصحية ومشروعات وبرامج التحديث ، وازدياد حدَّة الصراع بين الحداثة والتقليد ، آثرنا إجراء هذه الدراسة على الطب الشعبى فى السودان ، للتعرف على صورته الواقعية ، واستشراف مستقبله .

إلا أن الطب الشعبى مجال متعدد الجوانب والممارسات ، ومتشعِّب الموضوعات والزوايا ، لذلك فقد ركزنا على الممارسة الفعلية فى علاقتها بالطب الحديث . ولتحقيق الهدف ، اقتصرنا على ثلاثة أنماط من الممارسات الأكثر انتشاراً وجمهوراً ، وهى الفَكِّى (العطار أو المعالج بالأعشاب) والبصير (المُجَبِّر) والشيخ أو الفقير (الساحر أو المعالج بالزار) . إننا نلقى الضوء على الممارسة العلاجية وأغراضها والأمراض التى تختص بعلاجها ، والجمهور المستفيد وخصائصه ، ومكان الممارسة ، علاوة على خصائص المعالج المتخصص ذاته (كالسن والمهنة والخبرة والتعليم والنوع) وعلاقته بالطب الحديث ورؤيته فى تفسير المرض .

★ ★ ★

ثانياً : منهجية الدراسة :

نحاول فى هذه الدراسة التعرف على صورة الطب الشعبى فى المجتمع السودانى فى ضوء التراث الاعتقادى الشعبى حول الصحة والمرض ، وثراء الممارسات الشعبية العلاجية والوقائية . كما نسعى لفهم التفاعل بينه وبين الطب

(*) راجع التفاصيل فى الفصل الأول .

الحديث ، بالتركيز على ثلاثة أنماط من الممارسة ، تمهيداً لتحديد الملامح المستقبلية للطب الشعبى . ولذلك فقد استندت الدراسة إلى المناهج والطرق الآتية :

(١) دراسة الحالة :

وهى طريقة منهجية تقدم بيانات تفصيلية عن موضوع الدراسة وتطوره ، والمراحل التى يقطعها فى سبيل التغير ، وأهم العوامل التى تؤدى إلى حدوثه ، وتلك التى تعوّقه . وقد أفادتنا دراسة الحالة فى التعرف على الطب الشعبى فى السودان ، وأنماطه وأشهرها وأكثرها انتشاراً . كما زودتنا هذه الطريقة بمعلومات ميدانية عديدة حول المعالجين الشعبيين المتخصصين ، وتخصصاتهم ومصادر خبراتهم وطريقتهم العلاجية ومكان تقديم الخدمة . كذلك توافرت المادة الميدانية عن الجمهور المستفيد من الطب الشعبى ، والأمراض التى تُلْجِئه إلى المعالج الشعبى ، وأساليب العلاج المتّبعة ، من خلال دراسة الحالة . أضف إلى ذلك أنها تقدم معلومات هامة تحدد ملامح النسق الطبى الرسمى والشعبى ، وطبيعة التفاعل بينهما .

(٢) المنهج الأنثروبولوجى :

وهو أساس هام فى التعرف على واقع الطب الشعبى فى مجتمع ذى أصول حضارية وتاريخية عميقة ، واتصال ثقافى واسع ، وجماعات إثْنِيّة عديدة كالمجتمع السودانى . ولعل مرونة هذا المنهج وشموليته ، تجعله أكثر لياقةً مع موضوع ومجتمع البحث ، وذلك من خلال ما يتضمنه من طرق وأدوات تساعد فى جمع المادة الإثنوجرافية الغزيرة حول الطب الشعبى ، ومنها :

(أ) **الإخباريون** : وهم مجموعة من الأشخاص السودانيين الذين يعيشون فى مجتمعات الدراسة الميدانية ، من كبار ومتوسطى السن ذكوراً وإناثاً منهم المتعلمون وغير المتعلمين ، الموظفون والتجار ، الطلاب الجامعيون بجامعة أم درمان الاسلامية وطلاب المرحلة الثانوية . ويقدم هؤلاء صورة عن الطب الشعبى ، والأمراض التى يعالجها ، والجمهور الذى يقصده . كما يقدمون معلومات أيضاً حول الطب الحديث وعلاقته بالطب الشعبى .

(ب) **الملاحظة المشاركة** : وهى طريقة منهجية أتاحت معرفة السلوك الفعلى لمجتمع الدراسة عن قرب ، وبلا زيف أو تجمُّل ، وخاصة فى مجال التداوى والقرار الطبى وسلوك المرض . وكذلك هيأت هذه الطريقة فرصة المشاركة فى حفلات العلاج بالزار ، ومعايشة المعالج بالأعشاب ، علاوة على الاقتراب الوثيق من البصير (المجبِّر) . وقد ساعدنا طلاب قسم الاجتماع فى الاقتراب من مجتمعات الدارسة ، والملاحظة الدقيقة للمواقف التى تجسِّد الاتجاه نحو الطب الشعبى والطب الحديث . وبالتالى يسَّرت هذه الطريقة مادة اثنوجرافية غزيرة وواقعية ، ناتجة عن تفاعل وثيق بين الباحث والمعالجين الشعبيين والجمهور المستفيد وموضوع الدراسة ذاته .

(جـ) **الملاحظة** : وهى تساعد فى فهم موضوع الدارسة وتأويل السلوك الواقعى حول الصحة والمرض . وقد أفادتنا هذه الطريقة فى مشاهدة الأسلوب العلاجى الشعبى الذى يمارسه الفكى والبصير ، وكيف يلاقى هذا الأسلوب هوىً فى نفس الجمهور طالب الخدمة ، علاوة على ملاحظة التفاعل الودى الوثيق بينهما وبين الجمهور .

(د) **دليل العمل الميدانى** : وهو أداة منهجية تحوى تفصيلاً دقيقاً لموضوع الدارسة ، بزواياه وعناصره المتنوعة ، وتراعى طبيعة المجتمع محل الدراسة كذلك فالدليل أداه تنظيمية ؛ فهو يتضمن أفكار وعناصر الموضوع بشىء من الترتيب ، مما يتيح الفرصة للجمع الميدانى المنظم ـــ وفقاً لها ـــ والتحليل والتفسير بنفس الطريقة المنظمة . وقد اعتمدنا على دليل دراسة الطب الشعبى الذى أشرف عليه الدكتور محمد الجوهرى(٣) .

(٣) **المقابلة** :

وهى موقف يلتقى فيه الباحث مع المبحوث فيوجه إليه مجموعة من الأسئلة ليعرف اتجاهه وسلوكه الفعلى نحوها . وبالتالى فهى تتيح الاتصال المباشر . وجمع المعلومات الواقعية بقدر الإمكان من المبحوثين ، علاوة على أنها تتيح للباحث فرصة متابعة المبحوث أثناء استجابته وقراءة ملامح وجهه ، وحركاته اللفظية والأدائية . وقد اعتمدنا على المقابلة فى جمع المعلومات الميدانية حول

(٣) د . محمد الجوهرى ، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية ، مرجع سابق .

المعالجين الشعبيين والأسلوب العلاجى وأدوات العلاج . كذلك أفادتنا المقابلة فى التعرف على خصائص الجمهور ، والأمراض التى تدفعه لالتماس الخدمة غير الرسمية ، وسلوك المرض . وقد ساعدنا طلاب قسم الاجتماع فى ترتيب هذه المقابلة ، التى شملت المعالجين الشعبيين وفئات من الجمهور من الرجال والنساء ، المسنين والمحدثين ، المرضى والمرافقين لهم .

مجالات الدراسة الميدانية :

١ ــ المجال الجغرافى :

وهو مجال متسع نسبياً حيث يشمل أحياءً بمدينتى الخرطوم وأم درمان . ومرد الاتساع أننا نبحث عن المعالجين الشعبيين والأماكن التى يعيشون فيها ويقدمون الخدمة الصحية لأهلها ، وبالتالى يتركزون فيها . وتختلف مراكز تجمع هؤلاء المعالجين فالفكى (العطار) أو المعالجون بالأعشاب يتركزون فى مدينة أم درمان الجديدة ، والبُصَرَاء (المجبرون) يتركزون فى مدينة أبو سعد (الفِتَيَحاب) بأم درمان ، على حين يتخذ المعالجون بالزار حى « امتداد ناصر » بمدينة الخرطوم مركزاً لهم لممارسة الزار . وهكذا يغلب على الأحياء الشعبية السكنية تخصصات طبية شعبية معينة كالتجبير أو الزار أو الأعشاب كما سلف .

أما مدينة **أبو سعد** (الفتيحاب) فهى آخر المدن من الجهة الجنوبية بمدينة أم درمان ، تحدها شمالاً مدينة المهندسين وشرقاً نهر النيل ، ومن الجنوب منطقة سكن عشوائى تسمى « الشقلة » ، ومن الغرب توجد بعض تجمعات النازحين العشوائية غير المخططة . ويكثر فى هذه المدينة (أبو سعد) المعالجون الشعبيون وخاصة البصراء ، الذين يبلغ عددهم ستة .

على حين يتركز المعالجون بالأعشاب فى حى « **أم درمان الجديدة** » وهو منطقة سكنية تضم أعداداً كبيرة من المهاجرين من الريف السودانى والدول المجاورة العاصمة المثلثة ، علاوة على الطبقة العمالية الواسعة ، والطبقة الوسطى التى تجد فيها مسكناً ميسوراً ، ومعيشةً تقدر عليها . وعلى هذا فالحى إمتداد لمدينة أم درمان ، التى تشبه قاهرة المعز ، وحى الأزهر بالتحديد . ويحوى

الحى السكنى عيادات طبية خاصة عديدة . كما يضم مستوصفين حديثين ومع ذلك فهناك معالجون شعبيون فى كل التخصصات الطبية الشعبية كالكى والعطارة والبصارة (التجبير) والفِقَارة (السحر) .

ولكن ممارسة الزار تتركز فى « **حى إمتداد ناصر** » أحد أحياء مدينة الخرطوم ، وهو إمتداد عمرانى لها إذ يبعد عنها حوالى ثلاثة كيلومترات ، وإن كانت ممارسة الزار واسعة الإنتشار فى المجتمع السودانى عموماً .

٢ ـــ المجال البشرى :

وهو يتضمن مجموعة الأشخاص الذين أجريت عليهم الدراسة الميدانية . والواقع أنها مجموعة متنوعة حيث تضم جماعة من المعالجين الشعبيين الأكثر شهرة وجمهوراً (الفكى والبصير وشيوخ الزار) وجماعة أخرى من الجمهور طالب الخدمة الصحية .

أما العلاج بالزار فقد أجريت دراسات الحالة والمقابلة مع ثلاث شيخات يحترفنه ويزاولن ممارسته فى « حى إمتداد ناصر » . كذلك فقد أجرينا مقابلات مع عينات من الجمهور (رجالاً ونساءً) فى أثناء الإحتفال بالزار وفى أعقابه .

بينما العلاج **بالتجبير** يضم ستة بُصَرَاء محترفين يعالجون أمراض وكسور العظام فى مدينة « أبو سعد » . وقد حصرنا هؤلاء وأجرينا معهم مقابلات ، ومع بعضهم طبقنا دراسة الحالة . هذا بالإضافة إلى الجمهور القاصد لهم من الرجال والنساء ، حيث قمنا ببعض المقابلات للتعرف على خصائصهم ودوافع لجوئهم للطب الشعبى دون الطب الحديث .

على حين أجرينا الدارسة على اثنين من المعالجين **بالأعشاب** أولهما فكى تقليدى ورث المهنة ولم يضف إليها جديداً ، والفكى الثانى إكتسبها بالقراءة من الكتب العلمية حول العلاج بالأعشاب وخصائصها وأنواعها . واتبعنا المقارنة بينهما للتعرف على الفروق بين الخبرة الموروثة والمكتسبة ، علاوة على دراسة الحالة . كذلك فقد امتد المجال البشرى هنا ليغطى بعض الأشخاص الذين يلتمسون العلاج من الفكى ، وحالاتهم المرضية ، وعلاقتهم بالطب الرسمى ، وسلوك المرض معهم

٣ ـ المجال الزمنى :

وهو فترة طويلة نسبياً ، فقد طرأت فكرة هذه الدراسة خلال نهاية عام ١٩٨٣ (سبتمبر وإكتوبر ونوفمبر) حينما كنت زائراً لفرع جامعة القاهرة بالخرطوم . وبدأت فى الإعداد لها على فترات متقطعة ، إلى أن ذهبت إلى جامعة أم درمان الإسلامية زائراً منذ سبتمبر وحتى ديسمبر ١٩٨٨ فأجريت الدارسة الميدانية وقتئذٍ والواقع أن كتابة التقرير الميدانى لها استغرقت فترات ممتدة على مدى عام ١٩٨٩ .

* * *

ثالثاً : الإطار التصورى للدراسة :

الطب الشعبى مجموعة من الممارسات والتصورات المتصلة بصحة الإنسان ومرضه ، يؤمن بها ويعتقد فيها إعتقاداً جازماً ، وبالتالى يغلب عليها الطابع التاريخى والرسوخ وسعة الإنتشار . وإزاء ذلك نجد ثلاث فئات من النظريات تحاول إلقاء الضوء على هذه المعتقدات والممارسات[٤] :

الفئة **الأولى** وتبحث فى سبب هذه المعتقدات والممارسات وسبب إنتشارها ، وأسباب التشبث بها . ومنها النظريات النفسية والنظريات الإجتماعية . والفئة **الثانية** تنظر إلى الوظيفة أو الوظائف التى تضطلع بها هذه الممارسات والمعتقدات فى المجتمعات التى توجد بها ، وكيف تسهم فى تدعيم العلاقات الإجتماعية المنظمة ، ومنها النظريات الوظيفية . وتقيم الفئة **الثالثة** من النظريات إرتباطات بين المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية وبين بنية المجتمعات المختلفة ، ومنها النظريات البنائية .

وتعد الفئة الثانية (النظريات الوظيفية) هى أبرز هذه الفئات ، حيث تضم نظريات وظيفية واسعة النطاق ، تبرز دور المعتقدات والممارسات الشعبية فى الوجود الإجتماعى والوفاء به بطريقة أو بأخرى . ونظريات وظيفية ضيقة النطاق وأقل طموحاً ، وهى ـ مهما كانت نقائصها ـ تقدم إسهاماً معيناً

---

(٤) على المكاوى ، الشعوذة ، مرجع سابق ، ص ص ٣٦٠ ـ ٣٦١ .

للغاية المرغوبة إجتماعياً . وتذهب هذه النظريات الوظيفية إلى أن الممارسات والمعتقدات الطبية الشعبية تُيسِّر للأشخاص التكيف مع المجتمع الذى يعيشون فيه ، كما أنها تمكنهم من إيجاد متنفس لقلقهم ومتاعبهم النفسية ، ويجدوا إسماً لما يعانون منه ، ويصدق ذلك كثيراً فى حالات العلاج السحرى والعلاج بالزار ، حيث يتيحان التعرف على الصراع الكامن ، والتوترات التى لا تظهر على السطح ، وهنا تلعب الممارسة العلاجية دورها فى تأكيد التضامن وتدعيمه عن طريق التحدد الدرامى لشىء سىء يُسبِّب المرض كالكائنات فوق الطبيعية ، أو الأعمال السحرية الضارة . كذلك يؤدى المعتقد والممارسة الشعبية العلاجية أو الوقائية دورها فى التصرف نحو الأزمات التى تتوالى على كاهل الإنسان — حتى وإن نجمت عن سوء سلوكه وتصرفه — وتمنحهم الثقة بأنهم بهذه الممارسات الشعبية يخطون خطوات واثقة نحو الخلاص من الأزمات والكوارث .

وتنطلق الدراسة أيضاً من « نظرية العلامات » فى الطب الشعبى ، وهى تعتمد على « الإشارة » أو « العلامة » التى تحملها العناصر الطبيعية التى تدخل فى الممارسات العلاجية كالأعشاب والنباتات الطبية ، وأجزاء من الحيوانات أو الطيور . وترتبط هذه العلامة بوظيفة علاجية تؤديها للإنسان ، وتتسق مع نوع وهيئة المرض . ومن الدلائل على ذلك أن الفكى يصف النباتات كثيرة البذور لعلاج العقم ، والنباتات المنقطة لعلاج بقع الجسم ، والنباتات الصمغية لعلاج القروح الصديدية . كما أن شيخة الزار (الكودية) ترتدى الملابس الحمراء لطرد الريح الأحمر (الجن الأحمر) ، وتمرك (تطلى) خروف الأضحية باللون الأحمر أو بالحناء على جبهته وليَّته (ذَنَبِه) ضمن طقوس ذبح الكرامة (الأضحية) . كما تضع بعض دماء الأضحية فى طبق وتغمس أصبعها فيه ثم تضع به نقطة حمراء على جبين « المِدَّسْتَر » (الملبوس) وتدق بعدئذ الطبول إيذاناً باستمرار حفل الزار .

وفى ضوء هذا الإطار التصورى ، واستقراء بعض الدراسات السابقة ، تثير دراستنا الحالية عدة تساؤلات ، وتحاول الإجابة عليها إمبريقياً من واقع المجتمع السودانى ، وها هى :

(١) ما هى خصائص المعالجين الشعبيين فى المجتمع السودانى ومصادر خبراتهم العلاجية ؟
(٢) أى التخصصات الطبية الشعبية أكثر شهرة وإنتشاراً فى السودان ؟
(٣) ما هى طبيعة العلاقة بين الطب الشعبى والطب الرسمى ؟
(٤) كيف يفسّر المعالجون الشعبيون وقوع المرض واتقاءه ؟
(٥) ما هى الوظائف العلاجية والوقائية التى يقوم بها الطب الشعبى فى مجتمع الدراسة ؟ ولماذا يقصده الجمهور ؟
(٦) أى الخصائص الإجتماعية والثقافية تغلب على الجمهور ؟
(٧) ما هى الملامح المستقبلية للطب الشعبى فى المجتمع السودانى ؟

* * *

رابعاً : دراسات حالة لأشهر المعالجين الشعبيين :

لقد لعب التنوع الثقافى والجغرافى دورهما فى المجتمع السودانى ، فى تعدد وتنوع الممارسات الطبية السشعبية ، فانتعش الطب الشعبى واتسع نطاق تخصصاته وإزداد جمهوره . وشملت تلك التخصصات العلاج بالزار ، والعلاج بالأعشاب ، والعلاج بالكى ، والعلاج بالحجامة ، والعلاج بالسحر ، وتجبير العظام .

والواقع أن العلاج بالزار أكثر إنتشاراً فى المجتمع السودانى عامةً وفى مجتمعات الدراسة بشكل خاص . وتليه فى الأهمية العلاج بالتجبير (البصَارَة) ، ثم العلاج بالأعشاب فالعلاج السحرى . ويأتى العلاج بالكى والحجامة فى نهاية التخصصات واسعة الإنتشار . وهناك تخصصات أخرى قليلة الإنتشار كالعلاج بالوصفات الشعبية ، والعلاج بالرُقَى . إلا أننا نقتصر فى دراسات الحالة على التخصصات الثلاثة الأكثر إنتشاراً فى أحياء مدينتى الخرطوم (حى إمتداد ناصر) وأم درمان (أم درمان الجديدة وأبو سعد) محل الدراسة ، وهى تتمثل فى العلاج بالزار (شيخ أو شيخة الزار) ، والمجبر (البصير) والعلاج بالأعشاب (الفكى) . وفيما يلى عرضٌ سريع لدراسات الحالة .

(١) العلاج بالزار :

وهو مجموعة طقوس دخلت السودان عن طريق الحبشة ولا قت إنتشاراً ملحوظاً بين نسوة السودان لمعالجة العديد من مشاكلهن الصحية والنفسية والإجتماعية . وتطلق على هذه الطقوس ألفاظاً أخرى غير « الزار » مثل « الريح الأحمر » أو « الدستور » . وتتركز هذه الممارسات والطقوس فى يد النساء غالباً (احترافاً وجمهوراً) والرجال أحياناً .

وتوجد فى حى إمتداد ناصر ثلاث شيخات زار ، ولكل شيخة مساعِدَات يعملن تحت إمرتها ، ويتدربن على الممارسة ، ليحصلن على الإجازة ويمارسن الزار « كشيخات زار » وليس « مساعِدات » . وبهذه الطريقة تستمر قنوات تخريج الكوادر ، وتستمر الممارسة وتنتشر ، ويزداد الجمهور . إذن تشغل شيخة الزار هذا الدور بعد أن تكون قد أمضت فترة طويلة كمساعِدة لشيخة زار أخرى ، وغالباً ما ترتبط بها بصلة قرابة . فهناك مساعِدَتان للشيخة ـــ محل الدراسة ـــ إحداهما أختها والثانية إبنة أختها . ولا بد أن تجتاز المساعدة فترة التدريب ، وتحصل على تفويض من الشيخة القديمة لتسمح لها بالإستقلال وإقامة حفلات الزار فى مكانٍ آخر خاصٍ بها . وبالتالى فالتفويض شرط أول لتتويج شيخة زار جديدة . أما الشرط الثانى فهو أن تكون الشيخة الجديدة نفسها قد سبق إصابتها بالزار إصابةً خطيرة ، وأن تكون أقامت « كرامة » (وليمة) وهى ذبح خروف وإقامة حفل زار .

وترى شيخة الزار أن الشرط الثانى ـــ السابق ـــ يرمز إلى تجربة « إعطاء الحياة للشيخة بعد أن كادت تموت » حسبما تقول ، وفى هذا تثبيت للوفاء والإخلاص للزار فى نفس الشيخة ، إذ ستصبح « الناطقة » بلسانه ، و « الوسيط » بينه وبين المرضى به . والدليل على ذلك أن هذه الشيخة عملت كمساعدة لشيخ زار (رجل) . وكانت بداية لقائها به أنها مرضت مرضاً خطِراً فعُولجت على يديه وشُفيت فقررت أن تعمل مساعدةً له ، ثم حصلت منه على « تفويض » فانفصلت عنه لتمارس الزار بنفسها كشيخة زار . ويغلب على شيخة الزار قوة الشخصية وشدة التأثير فى جمهور الزار ـــ وخاصة النساء اللائى يمثلن الأغلبية العظمى ـــ والسيطرة على مساعِداتها .

وقد حققت شيخة الزار **شهرة** ملحوظة على مستوى الحى والأحياء المجاورة بمدينة الخرطوم . والواقع أن التراث الإعتقادى فى المجتمع السودانى يحوى قدراً كبيراً من المعتقدات والممارسات المرتبطة بالزار ، علاوة على كثرة شيوخ وشيخات الزار بمعدل يفوق كافة المعالجين الشعبيين فى التخصصات الطبية الأخرى . هناك إذن « إكتفاء ذاتى » فى كل حى ، وإن تميزت بعض الشيخات على غيرها وحازت شهرة أكبر ، على مستوى نفس المنطقة .

أما **مكان** إقامة حفل الزار فقد يكون بيت الشيخة نفسها ، أو بيت « المُكْرَم » (صاحب أو صاحبة الدعوة) . وفى كلتا الحالتين حينما يتحدد الموعد تتصل الشيخة بمساعداتها ، ويتصل أهل المريض بمَنْ يهمهم الحضور من « المُدَسْتَرِين » (الملبوسين : المرضى بالزار) وغير المدسترين للحضور بدءاً من الساعة الثانية ظهراً وحتى الثالثة موعد بدء الحفل الخاص(*) . ويُشترط أن يكون المكان حجرةً طويلة أو شُرفة مغطاة ، تفــــرش « بالبروش » (جمع بُرْش) البيضاء النظيفة وتوضع فيها عِدَّة الزار وأدواته الموسيقية كالطبلة والطشت وغيرها . كما تُعلق على الحائط قطع من الملابس الخاصة بالزار وهى ملابس حمراء اللون ــ تملكها الشيخة ــ للتعامل مع لون الزار (كريح أحمر) ويحق للمشاركين والمشاركات فى الحفل إستعمال هذه الملابس .

على حين تتمثل **الأدوات** التى تستخدمها شيخة الزار فيما يلى :

أ ــ الطبلة وهى أداة من الفخار والجلد المدبوغ وهى أهم الأدوات حيث تضرب عليها شيخة الزار بنفسها .

ب ــ الطشت النحاسى وتضرب عليه إحدى مساعدات الشيخة .

جـ ــ الكشكوش وهو أداة إيقاعية أخرى وتضرب عليه المساعدة الرئيسية للشيخة .

وتشترك هذه الأدوات الثلاثة فى إيقاع واحد لا يتغير .

(*) هناك ثلاثة أنواع من حفلات الزار هى : الحفل الخاص (كرامة) والرجبية ، والعام وسنعرضها لاحقاً .

وهناك أدوات أخرى ضرورية لحفل الزار مثل « مَبْخَر » البخور ، و « البروش » للجلوس عليها ، و « العصا » التى تستعمل فى « النزول » (المشاركة فى طقوس الزار) . والملابس الحمراء التى توفرها الشيخة للحاضرين ليرتديها ويشاركوا بها فى طقوس الزار .

والواقع أن الشيخة تحقق دخلاً من الزار ، متعدد مصادره وأشكاله فيما يلى :

أ — مبلغ من المال — غير متفق على حجمه — من « المكرم » أو الداعى إلى الحفل الخاص .

ب — كميات من العطور والبخور والسكر والشاى ، والسلع التى يشتريها أهل المريض و « المكرم » — فى الحفل الخاص — كطلبات محددة للزار .

جـ — مبالغ من المال تجمعها الشيخة من المشاركين الذين يدفعون فى « صحن البخور » و « صحن الدم » .

د — مبلغ من المال تحصل عليه من « المدسترين » الذين يترددون عليها من وقتٍ لآخر للحصول على كمية من البخور .

هـ — تعطى شيخة الزار « صلب » (معظم) الخروف الأضحية فى حفل الكرامة .

وتعطى الشيخة ثلث دخل الحفل لمساعِدَاتها ، وبعض السلع الأخرى كالشاى والسكر والصابون والعطور . وتشترى الشيخة بخور الزار (كالعود واللبان الأبيض والمصطكى) ، والروائح والحلويات لحفلات الزار العامة ، كما تشترى أدوات الزار وتتعهدها بالتجديد .

وتضطلع الشيخة بعلاج المرضى الذين تحل بهم أرواح فوق طبيعية — الريح الأحمر — وتريد بعض الطلبات . وتقول الشيخة بأن الفرد حينما تحل به تلك الأرواح تصبح شخصيته مطابقة لها فيتكلم باسمها وبلسانها وبطلباتها وبسلوكها . وهى أرواح حساسة يزداد قلقها وخوفها من عدم تلبية طلباتها . وينعكس ذلك على شخصية المريض فيصبح مضطرباً وقلقاً ، وهنا يُعرف بأنه « مريض بالزار » .

وتقسم الشيخة أرواح الزار إلى أنواع ، وبالتالى تختلف الأمراض التى يسبّبها كل نوع منها . تقول الشيخة إن عالم الأرواح الأرضية ينقسم إلى نوعين هما الريح الأحمر والريح الأسود . والاختلاف بينهما يكمن فى نوع الأمراض التى يسببها كل منهما ، وفى المعالجة ، وفى طبيعة الروح ، وفى تشخيص الأعراض :

أ — فمن حيث نوع الأمراض فالريح الأسود هو مجموعة أرواح الجن والشياطين التى يسود الاعتقاد بأنها تسبب الجنون بمَنْ تحل به ، وبالتالى فلا بد من طردها من جسم المريض . أما الريح الأحمر فهى أرواح دون الجن والشياطين ، إذا حلت بإنسان تسبب له الإختلال أو القلق النفسى دون فقدان العقل . فمريض الريح الأحمر قد يفقد الذاكرة حيناً ، أو يأتى ببعض الحركات أو التصرفات غير المفهومة ، إلا أنه يعامل الناس بطريقة مقبولة على عكس مريض الريح الأسود .

ب — أما من حيث المعالجة فمريض الريح الأسود علاجه عند الفكى أو الفقير (الساحر) وذلك عن طريق « المحايا » (الأدعية والأذكار) والبخور والأحجبة وغالباً ما يقيِّده الفقير ويجلِّده بالسوط لإخراج الروح من جسده . بينما مريض الريح الأحمر فعلاجه عند شيخة الزار بإقامة حفل زار وذبح « كرامة » . وفى الحالات البسيطة يقتصر العلاج على التردد على حفلات الزار ، أو « النزول » وأحياناً « توليع » البخور فقط .

جـ — على حين يتمثل الاختلاف فى طبيعة الروح فى الاعتقاد بأن الريح الأحمر يتسم بالنظافة وحب الأشياء المبهجة والجميلة ، على عكس الريح الأسود الذى يتصف بالكآبة والإتساخ والكراهة ، وذلك لأنه يعيش فى الأماكن القذرة والخربة كالرماد والمنازل المهجورة .

د — وأما تشخيص الأعراض فهو نتاج لطبيعة الأرواح ، فمريض الريح الأحمر تغلب عليه النظافة وحب الطِيب والبخور والإهتمام بالمظهر ، على حين نجد مريض الريح الأسود متسخاً فى جسمه ، قذراً فى ملابسه ، عيونه حمراء وشعره أشعث وهكذا .

وتدل الشواهد الميدانية على أن شيخة الزار ليس لها أية **علاقة بالطب الرسمى** على الإطلاق . وهكذا نجد العلاج بالزار مستقلاً تماماً عن العلاج الحديث ولا يقيم معه أية علاقة ولا يستفيد من منجزاته الحديثة ، هذا على عكس العلاج بالأعشاب أو بالتجبير ، أو حتى بالكي والحجامة . وفى المقابل تقيم الشيخة علاقات وثيقة مع المعالجين الشعبيين الآخرين كالفكى والفقير .

فحينا تتفحَّص الشيخة المريض وتشخص حالته بالريح الأسود ، فإنها تنصح أهله باللجوء به إلى الفكى حيث يعالجه بالأعشاب والبخور ، أو تحيله إلى الفقير ليعالجه « بالمحايا » والأحجبة السحرية . وتستخدم الشيخة طريقة « القَلَق » (قياس الأثر) حيث تأخذ قطعة من ملابس المريض أو المريضة وتضعها تحت رأسها عندما تنام ليلاً ، فيأتى إليها « الجماعة » (أرواح الزار) فى المنام فيخبرونها عن المرض وسببه وعلاجه وشروطهم وطلباتهم للشفاء ، وهى فى الغالب إقامة حفل زار خاص (كرامة) ، أو إحضار ملابس وعطور وغيرها . وتقوم الشيخة فى الصباح بإبلاغ أهل المريض بما حلمت .

وتجدر الإشارة إلى أن الفقراء (السحرة) درجوا على تحويل حالاتٓ مرضى الزار — من واقع الأعراض — إلى الشيخة لتعالجهم . فكأن العلاقة قائمة بينها وبين المعالجين الشعبيين فقط بحيث تحيل إليهم مرضى الريح الأسود ، ويحيلون هم إليها مرضى الريح الأحمر . ومن ناحية أخرى تدل الدراسة الميدانية على أن شيوخ الزار يجمعون بين هذا التخصص وبين العلاج السحرى فى آنٍ واحد . فهم شيوخ زار و « فقراء » فى نفس الوقت ، وإن كانوا لا يستطيعون الإنفراد بالعلاج ، وإنما يعالجون بمساعدة شيخة زار أو يتشاورون معها خاصة فى الحالات المستعصية .

أما **جمهور** شيخة الزار فهو نسائى بالدرجة الأولى . والقليل هم الرجال . وتتفاوت أعمار هذا الجمهور ما بين الخامسة عشرة والستين وتتنوع دوافع هذا الجمهور ما بين العلاج من الأرواح ، والتردد على حفل الزار للمشاركة والترويح ، وإلتماس البركة من خلال البخور والأدوار و « الخيوط » الغنائية ، وكذلك إلتماس علاج التوترات النفسية . ولعل أنواع الزار تلقى ضوءاً على نوعية الجمهور :

فالنوع الأول : هو « الكرامة » أو حفل زار خاص ، ويقام عندما تحدد الشيخة إصابة المريض بالزار ، وتقترح إقامة كرامة لعلاجه . ويكون الحفل مفتوحاً للجميع وهنا توجه الدعوات للجمهور من الجيران والأقارب والأصدقاء من النساء والرجال . كما توجه الشيخة ومساعداتها الدعوات لمعارفهن وجيرانهن وأقاربهن لحضور الحفل .

والنوع الثانى : هو حفل زار عام ويقام فى مواسم الفراغ وانقطاع حفلات الزار الخاصة . فعندما تتجه رغبة « المدسترين » عامة إلى حفل زار ، فإنهم يقصدون الشيخة ويعبرون عن رغبتهم فتستجيب لهم ، وهنا يكثر جمهوره عن النوع الأول .

أما النوع الثالث : فهو حفل الزار السنوى أو « الرجبية » ، وهو حفل ختامى يُقام فى العاشر من شهر رجب تقريباً ، وتقيمه الشيخة نفسها بمناسبة إنتهاء العام بالنسبة لنشاط الزار . حيث يتوقف النشاط تماماً خلال شهرى شعبان ورمضان ، وذلك تدعيماً من المعتقد الدينى الصحيح الذى يذهب إلى أن الأرواح كالجن والشياطين وأرواح الزار تُصَفّد (تقيد) فى شهر رمضان(*) .

(٢) البصارة (تجبير العظام) :

وهى ممارسة علاجية شعبية واسعة الإنتشار فى المجتمع السودانى فلا يخلو حى سكنى فى المدينة ، ولا تخلو قرية من « بصير » يتولى علاج كسور العظام و « القطيعة » وهى ما يصيب عضلات الجسم من التواء أو إرتخاء أو غيره ، علاوة على مداواة ما يصيب العظام من فصل أو شق . ويحظى البصير بثقة مطلقة من الجمهور ، أكثر مما يحظى به أطباء العظام . ويوجد فى مدينة « أبو سعد » وحدها ستة بُصراء أشهرهم عبد الرحيم أحمد عبد الرحيم يليه الأمين البصير ثم عبد الله عثمان الصديق فأحمد الأمين والنور محمد ، وأقلهم شهرةً عبد الملك . وسوف نلقى الضوء على أشهرهم لنعرف مصدر خبرته والحالات التى يعالجها والجمهور الذى يقصده وعلاقته بالطب الرسمى .

(*) نلاحظ هنا مدى تواؤم المعتقد الشعبى والممارسة الشعبية وتكيفها مع المعتقد الدينى الصحيح أو الشرعى وبالتالى يتخذ منه مقوماً لبقائه ووجوده .

ينتمى العم عبد الرحيم إلى قبيلة الزنارفه ذات الأصول الرباطابية (نسبة لقبيلة الرباطاب) ، وُلد فى عام ١٩٤٣ وتزوج فى عام ١٩٦٧ وهو من مواليد مدينة أبو سعد ويسكن مربع ٨ . أما مصدر خبرته فهو موروث من الأب عن الجد ، فجده عبد الرحيم هو أول منْ مارس مهنة البصارة فى الأسرة . ويذكر أن جده سافر فى عام ١٩٦٨ للحج وكان معه فى ركب المسافرين رجل من شمال السودان يحمل يده فسأله عن السبب فذكر له أنه وقع عليها فا نفصلت (أى فارق العظم مكانه) فأخذها الجد بين يديه وعالجها فى الحال بإرجاع العظم إلى مكانه . وبعد فترة ذهب الجد إلى أحد مشايخ الصوفية وأخبره بأنه يعالج العظام فقال له الشيخ « مبروك عليك »(*) . ويؤكد المجبر على أن مصدر خبرته « وهبى » من عند الله ، وبالتالى فهو لا يتقاضى « بياضاً » (أجراً) . والواقع أن هذا التأكيد على المصدر « الوهبى » للخبرة لمسناه فى دراستنا للمجبر فى قرية « الكداية » بمحافظة الجيزة بمصر ، حيث أكد هو الآخر على « الرؤية التكريسية » التى رآها فقام بعدها يمارس علاج العظام دون سابق تجربة أو خبرة . وهذا نوع من إضفاء القداسة على الممارس والممارسة ذاتها(٥) .

ويمارس العم عبد الرحيم البصارة فى منزله ، حيث يخصص حجرة مستقلة يقابل فيها مرضاه ويقوم بعلاجهم ، كما أنه يذهب إلى المريض أينما كان وفى أى وقت دون تردد ، ولا تقيد بمكان ولا بموعد . ولعل هذه التيسيرات العلاجية التى يتمتع بها النسق الطبى الشعبى تجعل الجمهور ينصرف عن الطب الرسمى ولا يثق فيه .

وهو لا يتقاضى أجراً حسبما يقول ، لأن مصدر الخبرة وهبىٌ من الله تعالى ، وإن أخذ أجراً فهو لا يشترط له قدراً ولا نوعاً . فقد يعطيه المريض مالاً ، أو سلعاً نادرة ومرغوبة كالروائح والسكر والشاى والأقمشة .

(*) من المعروف أن الطرق الصوفية واسعة الانتشار فى السودان ، وتلعب دوراً ملحوظاً فى الممارسات العلاجية الشعبية . وبالتالى فالعبارة تشير إلى نوع من التكريس للبصير الجديد ، والدعاء له بالتوفيق فى علاج العظام . وللظاهرة امتدادها أيضاً فى مصر وخاصة فى مجال تجبير العظام .

(٥) د . على المكاوى ، الجوانب الاجتماعية .. ، مرجع سابق ، ص ص ٣٧٧ ــ ٣٨٢ .

ويعلاج البصير **أمراض العظام** كالكسور ، والفصل والقطيعة والشق وهو يتخصص فى هذا العلاج الشعبى فقط ولا يجمع معه أسلوباً أو تخصصاً علاجياً آخر ، على عكس الفقير أو شيخ الزار ، أو الفكى .

ولم يسبق للبصير أن أقام **علاقة مع الطب الحديث** ، ولم يسبق له اللجوء إليه ، وإن حاول الإستفادة منه فى علاج مرضاه بالطريقة الشعبية . فهو يأمر المريض بشق فى العظم بأن يذهب إلى المستشفى لتجرى له آشعة على العضو المصاب ويتأكد التشخيص ، ثم يزاول العلاج بطريقته بعد ذلك . ويرى العم عبد الرحيم أن الطب الحديث لا يقوم بالعلاج الطبى اللازم لكسور العظام ، وإنما يضع الموضع المصاب فى الجبس دون إرجاع الكسور أو الفصل إلى مكانه ، فلا ينجح العلاج الحديث . كذلك يؤكد على مضار الجبس ، حيث يضعف العضو المصاب ، ويساعد على تكاثر القمل بينه وبين الجلد ، كما أنه يسبب « الأكوله » أو « الحكاك » (الهرش) ، ويكون هناك فراغ بين مكان الإصابة والجبس مما يعنى أنه لا يقوم بمهمة الضم المطلوبة بعد أن يجف فلا يلتئم العظم .

ويدلل البصير على قصور الطب الحديث فى علاج العظام بواقعتين **الأولى** لأمه التى إنزلقت على قشرة موز فسببت لها فصلاً فى رجلها . وكان ذلك فى غيابه ، فذهبوا بها إلى المستشفى فوضع الأطباء رجلها فى الجبس فقط . وعندما عاد قطَّع الجبس بالسكين وعالجها العلاج اليدوى فشفيت . **والواقعة الثانية** لطفلة وقعت على رجلها فانفصلت فذهبت بها أمها إلى طبيب العظام ليعالجها فلم تتحسن . وبعد فترة رأتها إمرأة وهى تحمل ابنتها على كتفها إلى نفس الطبيب فنصحتها بالذهاب إلى عبد الرحيم ، فجاءته فأرجع العظم إلى مكانه فصرخت الطفلة وظلت تهرول حتى وصلت إلى بيتها بعد أن كانت محمولة على كتف أمها ، حسبما يقول .

وتتمثل **طريقة** البصير فى علاج القطيعة ، فى تحسسُ المواضع المحيطة بالألم عن طريق الاصباح حتى يحدد الموضع بدقة . ثم يدلكه بالزيت حتى يستخرج العضلة المسببة للألم ويطرحها فى مكانها . أما علاج الشق فى العظم ، وخاصة شق الترقوة ، فيضع البصير لفافة من القماش تحت إبط المصاب فتعود إلى

حالتها الطبيعية بعد قليل . والشق عند الأطفال يبرأ دون علاج . بينما يعالج الفصل بتحريك المفصل فى إتجاهه الصحيح حتى يقع فى « الحُن » (ملتقى المفصلين) كما يقول .

ويقصد البصير جمهور كبير من جميع الفئات الإجتماعية بالمدينة ومن الأحياء المجاورة لها مثل باتت وأبو كدوك . ويأتيه الكبار والصغار ، الرجال والنساء ، المتعلمون وغير المتعلمين ، خاصة وأن العلاج لا يستغرق الدقائق المعدودة ولا يستخدم الجبس ، علاوة على عميق الثقة فى قدراته وخبرته ، ناهيك عن زهادة الأجر أو عدمه .

(٣) العلاج بالأعشاب (الفكى) :

يمثل العلاج بالأعشاب نمطاً آخر ، من أنماط الممارسة الطبية الشعبية ، يحترفه مجموعة كبيرة العدد من المعالجين تغطى مساحة المجتمع السودانى بشكل عام . وتتوافر لديهم الخبرة والمعرفة بالأعشاب والنباتات الطبية وطريقة استخدامها وخصائصها العلاجية والوقائية ، وذلك عن طريق الوراثة أو عن طريق الإكتساب . ويرجع إزدهار العلاج العشبى فى السودان عامةً إلى توافر الأعشاب الطبية المختلفة فى كل الأقاليم ، وكثرة الأمراض وقلة الخدمات الصحية الرسمية وقصورها ، ويُسر جلب الأعشاب المطلوبة للعلاج من الدول المجاورة .

ولذلك نجد تركزاً لبيع الأعشاب والعِطَارة عموماً فى مدينة أم درمان وخاصة فى حى أم درمان الجديدة ، حيث يكثر فيه المعالجون بالأعشاب ويغطون حاجة السكان من خدماتهم الصحية . والواقع أن بعض هؤلاء ورث المهنة عن الآباء والأجداد ، والبعض الآخر إكتسب الخبرة والمعرفة بالأعشاب بالقراءة والبحث العلمى فى كتب التراث وعلوم النبات . وسوف نلقى بعض الضوء على (فكى) ورث المهنة وآخر إكتسبها .

الفكى الأول : وهو من مواليد أم درمان ويبلغ من العمر خمسين عاماً ، كان والده فكياً فورث المهنة والمعرفة منه . وهو ملمّ بالقراءة والكتابة ويعيش فى الحى موضع الدراسة (أم درمان الجديدة) . ويقدم الفكى الخدمة لمرضاه

فى منزله حيث يقصدونه ، ويحكون له الأعراض المرضية فيقرر لهم الدواء العشبى المطلوب ويحصل على الأجر لقاء هذا العمل . ويحصل المرضى على الدواء من محلات العطارة التى تملأ المدينة العتيقة والحى ذاته . ويحرص الفكى على توريث المهنة لأبنائه إلا أنهم يتجهون نحو التعليم وإستكمال دراساتهم والبعد عن هذه المهنة . وليس لهذا المعالج صلة بالطب الرسمى ولا يحول مرضاه للإفادة منه .

ويقوم المعالج بعلاج أمراض الجهاز الهضمى والربو والكلى والسكر والأمراض الجلدية . وقد حقق الفكى شهرة على مستوى الحى السكنى فقط . ويقصده جمهور الحى من الرجال والنساء كبار السن ومتوسطيه . ويصدق على العلاج بالأعشاب ما قلناه عن العلاج بالزار من أن هناك إكتفاءً ذاتياً من المعالجين فى كل الأحياء والمدن والقرى ، والفارق هو فى الكفاءة والشهرة .

أما الفكى الثانى : فهو شاب فى الأربعين من العمر ، يعيش فى الحى ، حصل على التعليم الثانوى ثم إتجه لقراءة كتب التراث حول النباتات والأعشاب الطبية ، والتعرف على فوائدها العلاجية المختلفة ، وخصائصها ، وأجرى التجارب عليها حتى إكتسب معرفة دقيقة بها وحقق بالتالى شهرة كبيرة على مستوى الحى والعاصمة المثلثة . وهو يقدم العلاج لمرضاه فى بيته ، حيث يشخص لهم المرض ويقرر الدواء العشبى الأكفأ . ولذلك فقد حقق شهرة واسعة النطاق حيث توافد عليه المرضى من العاصمة — بمدنها الثلاث — والأقاليم الأخرى شمالاً وجنوباً . ويصل عدد قاصديه فى اليوم الواحد عشرة أشخاص فى المتوسط .

وإذا كان هذا الفكى متخصصاً فى العلاج بالأعشاب عامة ، إلا أنه حقق شهرة أكبر فى تخصص عشبى دقيق آخر ، وهو علاج مرض « السيرقان » واسع الإنتشار بين السودانيين ، ولا ينجح الطب الحديث فى علاجه بكفاءة ، ونجح المعالج الشعبى فى علاج هذا المرض . ومن ناحية أخرى فقد استحضر دواءً من أوراق شجرة النيم(*) لعلاج مرض الملاريا الذى يصيب أبناء السودان بمعدل عالٍ .

(*) يزرع السودانيون بالعاصمة أشجار النيم وارفة الظلال فى أفنية (أحواش) المنازل ، ولا يخلو منها بيت فى العاصمة أو الأقاليم ، فهى فى متناول الجميع يستظل بها ويستخدمها فى العلاج .

ومن ناحية أخرى فالفكى على **علاقة بالطب الرسمى ، فقد قدم وصفاته العلاجية لمرضى اليرقان ، والملاريا لكلية الطب جامعة الخرطوم لتتحقق من فعاليتها ومدى نجاحها . وأثبتت التقارير النهائية كفاءة هذه الوصفات فى علاج هذين المرضين ، علاوة على الوصفات الأخرى لعلاج أمراض مستعصية . وهنا اعترفت به كلية الطب كطبيب بلدى (معالج شعبى) . وقد عالج** حالات عديدة مزمنة عجز الأطباء عن علاجها ، كما أنهم صاروا يحيلون إليه حالات أخرى عديدة ليعالجها بالأعشاب الطبية . والواضح أنه لم يستفد من الطب الرسمى ، وإنما يقدم له الفائدة ، وبالتالى فقد تغلب الطب الشعبى على الطب الرسمى فى هذه الحالة .

وقد ساعد توافر الأعشاب والنباتات الطبية هذا الفكى ليجرى التجارب ، ويُضيف علاجاً جديداً ، ويفهم خصائص جديدة لها . وهى تنبت عشوائياً مثل « السَيْكَران » على ضفاف النيل بالخرطوم الذى يستخدم كمخدر ، كما تستخدم أوراقه الجافة كعلاج للربو ، حيث تستخلص شركات الأدوية منها مادةً فعالة مهدئة للأعصاب والسعال العصبى وضيق التنفس . والإسم العلمى له Hyoscymus muticus ويُستخلص منه الآن طبياً مادة الأتروبين والهيوسيامين[٦] . ويطلع الفكى على هذه الدراسات والتجارب ، ويجرى بعضها بنفسه وبطريقته الشعبية على ما تصل إليه يده من أعشاب ونباتات .

★ ★ ★

خامساً : مناقشة النتائج :

نناقش فى هذه الفقرة المادة الميدانية من مجتمعات الدراسة بالعاصمة المثلثة ، فى علاقتها بالتساؤلات التى طرحناها فى الإطار التصورى حول الطب الشعبى . ونحاول التركيز على أشهر التخصصات الطبية الشعبية (الزار والتجبير والأعشاب) فى ثنايا المناقشة .

---

(٦) د . عبد الكريم محمد صالح ، مرجع سابق ، ص ص ١٢٠ — ١٢٢ .

(١) خصائص المعالجين ومصادر خبراتهم بهذه التخصصات :

تذهب نظريات الطب الشعبى إلى أنه ممارسة إعتقادية تشبع حاجة ثقافية وتؤدى وظائف التكيف مع المجتمع من خلال مواجهة المرض وعلاجه ، والوقاية منه بشتى العناصر الثقافية المادية والمعنوية المختلفة . لذلك نجد المعالجين يشبعون حاجات أبناء المجتمع السودانى — محل الدراسة — فيقدمون لهم الخدمة الصحية ، ويعالجون توتراتهم النفسية ويحققون لهم التكيف مع مجتمعهم ، وذلك بحكم ما يتسمون به من سمات وخصائص .

تبلغ شيخة الزار خمسين سنة ، والبصير خمساً وأربعين ، والفكى التقليدى خمسين ، والفكى الحديث أربعين سنة . وبالتالى يتراوح السن للجميع بين ٤٠ — ٥٠ سنة . ولعل لكبر السن مغزاه فى الممارسات الشعبية ، حيث يشير إلى طول المران وعراقة الخبرة . كذلك فالمعالجون هؤلاء جميعهم متزوجون ولديهم أبناء ، إذ يحظى الزواج وتكوين أسرة بتقدير المجتمع .

والملاحظ أن المعالجين المذكورين لا يزاولون مهناً أخرى إلى جانب المهن الطبية العلاجية ، على عكس أمثالهم فى المجتمع اليمنى مثلاً(*) . وقد يدل ذلك على زيادة الدخل الذى يتحققونه من العلاج الشعبى ، أو ضرورة التفرغ الكامل للممارسة كالفكى والشيخ والشيخة (ممارسى الزار) والبصير ، علاوة على أنهم يعيشون فى المدينة العاصمة ، وحققوا فيها شهرة تغنيهم عن الإشتغال بمهن أخرى . كذلك فبعضهم نال حظاً من التعليم كالفكى الحديث (الثانوية) ، ومعظمهم لم ينل حظاً ، كالفكى التقليدى وشيخ وشيخة الزار ، وإن كانوا يقرأون ويكتبون ، بينما البصير لا يقرأ ولا يكتب . ويقترب المعالجون — بهذه الخصائص — من الجمهور فيثق فيهم ويقصدهم عند الحاجة بلا تردد . فالأصول الثقافية واحدة ، والإجتماعية متقاربة والأوضاع الطبقية والتصور عن الآخر متشابهة ، ولذلك فهم أقرب إليهم من أعضاء النسق الطبى الرسمى .

أما مصادر خبرة المطببين الشعبيين فهى متنوعة ما بين الوراثة (البصير

(*) راجع التفاصيل فى الفصل الخامس .

والفكى التقليدى) وبين الاكتساب (الشيوخ والفكى الحديث) . ولذلك نجد البصير ورث التخصص عن والده الذى ورثه عن والده هو الآخر (الجد) . وهكذا تنحصر المهنة العلاجية فى أسر معينة تحتكرها ، وهذا شأن معظم تخصصات الطب الشعبى . أما المصدر الكسبى فهو واضح عند الفكى الحديث الذى انكب على قراءة كتب التراث وعلم النبات حول النباتات والأعشاب الطبية وخصائصها العلاجية وفوائدها الوقائية ، وأجرى التجارب بنفسه ، وتابع التجارب التى تجريها شركات الأدوية الحديثة حول هذه النباتات الطبية ، وبهذا المصدر حاز الفكى القبول والإجازة من الطب الحديث (كلية طب الخرطوم) . كذلك يتضح مصدر الإكتساب عند شيوخ وشيخات الزار ، حيث يتحتم الاشتغال كمساعد شيخ أو مساعدة شيخة والإجازة منه (التفويض) ببدء الاستقلال فى أداء طقوس الزار ، كذلك يتحتم أن يكون المساعد أو المساعدة سبق لها الإصابة بالزار من قبل . وهكذا تتواصل حلقات الممارسة ويستمر النمط العلاجى بلا إنقراض . وهذا سبب فى رسوخها فى المجتمع وقبولها ولجوء الناس إليها وثقتهم فيها .

(٢) التخصصات الأكثر شهرة وإنتشاراً فى مجتمعات الدراسة :

لعل قرب المجتمع السودانى من اثيوبيا جعله أكثر تأثراً بممارسات وطقوس الزار حتى صارت أكثر أنماط الطب الشعبى إنتشاراً وشهرة . كذلك لعبت البيئة دورها فى إزدهار تجبير العظام ، حتى صار نمطاً علاجياً شعبياً واسع الإنتشار يغطى الإحتياجات الصحية لأبناء المجتمع فى غيبة الطب الحديث وقصور خدماته . وفى ضوء ثراء البيئة السودانية بالأعشاب والنباتات الطبية إزدهر العلاج بالأعشاب فى المدينة والقرية والبادية ، كما أن ندرة العشب لم تقف حائلاً دون جلبه من الخارج — مصر والسعودية والهند — لإستخدامه فى العلاج . وهذا لا يمنع وجود تخصصات علاجية أخرى فى مجتمعات الدراسة بالعاصمة كالعلاج بالكى ، والعلاج بالحجامة ، والقبالة (التوليد) وعلاج أمراض النساء[٧] ، والعلاج بالوصفات الشعبية المنزلية ... الخ ، ولكنها عموماً أقل شهرة من الزار والتجبير والعلاج العشبى .

(٧) راجع تقرير « الممارسات التقليدية التى تؤثر على صحة المرأة والطفل » بالخرطوم ، مرجع سابق الذكر ، صفحات ٣ ، ١٥ ، ٢٣ .

وتدل المادة الميدانية على أن العلاج بالزار حقق أكبر شهرة فى مجتمعات الدراسة ، علاوة على أنه الممارسة العلاجية الوحيدة التى تجمع بين أكثر من نمط علاجى شعبى ، وتجمع بين أكثر من معالج وتخصص فى نفس الوقت . فشيخ الزار مثلاً يشخص المرض ، فإن وجده ربما أسود أحاله إلى الفكى أو الفقير للعلاج . كما أن بعض شيوخ الزار يعملون (فقراء) وفى الزار معاً . ومن ناحية أخرى يقوم بعض الفقراء بمعالجة مرضى الزار ، بشرط مساعدة شيخة زار أو التشاور معها حول الحالة . وهكذا يتداخل العلاج بالزار فى أنماط علاجية أخرى ويجمعها فى آنٍ واحد فى عملية العلاج .

كذلك اكتسب الزار شهرة أوسع بحكم صرامة طقوسه ، وتنوع أدواره ، ودقة الإعداد والتنظيم له ، مما أضفى غرابة وصرامة على الممارسة ، وهذه وتلك من أهم خصائص وطبيعة المعتقد الشعبى . فهناك أنواع الزار وهى — حسبما تقول الشيخة — الدراويش ، والستات ، وبنات الأولياء ، والحبشى ، والعربى ، والسحاحير ، والخواجات . وكل نوع منها له عدة « خيوط » ، و « الخيط » هو أغنية الزار أو دعوة الروح . ويوجد للزار تسعة وتسعون خيطاً تشمل كل الأنواع . وهناك « طلبات » تخص المرضى ، وتختص الشيخة بمخاطبة الزار لمعرفة طلباته وإبلاغها لأهل المريض (المدستر) فإذا أجابوها رضيت روح الزار عن المدستر فيشفى . وبالتالى تعد معرفة الطلبات « مفتاح العلاج » .

ولعل إرتباط الزار بالطرق الصوفية والأولياء فى المجتمع السودانى ، ساعد على إنتشاره عما عداه من الممارسات العلاجية الشعبية . ولذلك نجد « خيط » أو « دور » الدراويش وهم رجال الدين الإسلامى والأولياء وشيوخ الطرق الصوفية أمثال عبد القادر الجيلانى والسيد البدوى والشيخ المغربى ... الخ . ويشعر « المدستر » غالباً بالقلق والاضطراب ، ولا بد من إقامة حفل زار له ، ولا بد له من « النزول » . أما « نزوله » فى الخيط فيبدأ بإنصاته وتوقف حركته ثم تهتز أوصاله وأطرافه وهنا يقال له « إتْلَبّش » ، ثم يهتز جسمه كله وتزداد حركته سواء كان جالساً أو هبّ واقفاً ، وهنا يقال إنه « نزل » أى شارك فى الطقوس . كذلك يرتبط الزار بالقبائل العربية السودانية من خلال

« خيط العرب » أى رجال القبائل العربية الرعوية كالحسانية والهواوير ، والهدندوه وغيرهم ، وأكثر ما يميزهم شعرهم « المكوفت » (المرسل) وملابسهم السوداء .

(٣) طبيعة العلاقة بين الطب الشعبى والطب الرسمى :

تتخذ هذه العلاقة أشكالاً تختلف بإختلاف **نوع التخصص** الطبى الشعبى ، **ووعى المعالج وخبرته** ومهارته ، **ومدى كفاءة الطب** الرسمى فى أداء الخدمة الصحية فى علاج أمراض البيئة ، **وكيفية الحصول** عليها :

(أ) **نوع التخصص** : نجد أن شيوخ الزار ليس لهم علاقة بالطب الرسمى على الإطلاق فهم يعالجون حالات « المس واللبس » ، بسبب الجن والريح الأحمر والريح الأسود . وهذه الحالات لا وجود لها فى النسق الطبى الرسمى ولا يعترف بها الأطباء . كذلك فشيوخ الزار يشخصون المرض أولاً من واقع الأعراض ، فإن لم يكن فى دائرة تخصصهم وعلاجهم أحالوه إلى معالج شعبى آخر — وليس إلى الطبيب — كالفكى والفقير . وهكذا يدعم التراث الشعبى العلاجى نفسه بنفسه فى مواجهة الطب الحديث ، ومن هنا فلا توجد علاقة بين شيوخ الزار وبين الأطباء .

أما **البصير** فإن علاقته بالطب الرسمى أكثر تعقيداً ، فهى تارةً يغلب عليها التعاون والتعايش ، وتارةً أخرى يغلب عليها الحرب ، وتارةً ثالثة يكتسح فيها البصير الطبيب ويتغلب عليه . وفى الحالة **الأولى** يعتمد البصير على الطب الحديث فى تشخيص المرض وتحديد موضع الكسر ، وذلك بإحالة المريض إلى المستشفى لعمل آشعة على موضع الكسر « شق العظم » ليتأكد من التشخيص ولينجح العلاج . وأما حالة **الحرب** والصراع فهى قائمة بين البصراء فى مدينة أبو سعد (ستة) وبين أطباء العظام فى المستوصفات والمستشفيات والعيادات المجاورة . فالأطباء — ومنهم الدكتور مختار يوسف بمستشفى أم درمان — يتهمون البصراء بالجهل وقلة الخبرة ويتسببون فى عاهات للمرضى والوفاة فى بضع الأحيان . ويرى الأطباء أيضاً أنهم يستقبلون بعيادات العظام حالات عالجها البصراء وفشل العلاج ونجم عنه مصائب وبتر وتشويهات . ويشن البصراء بدورهم حرباً على الأطباء والطب الحديث ككل من خلال ما يسببه

للمرضى من ضمور فى الأعضاء ، وتشوه فى الأطراف ، وعدم التئام العضو المكسور ، وعجز الجبس عن ضم طرفى الكسر وخاصة بعد ما يجف ، علاوة عى صعوبة حركة المصاب مدة تزيد على الشهر . على حين ينجحون هم بمهاراتهم فى علاج العظام وبإجراءات بالغة البساطة ويحظون بثقة الجمهور الذى يفضلهم على الأطباء . وفى الحالة الثالثة يتفوق البصير على الطبيب فى علاج أمراض العظام (الكسر والشق والقطيعة) ولذلك يلجأ المتعلمون والأغنياء والفقراء وغير المتعلمين والرجال والنساء والشباب والأطفال والمسنون إلى البصراء ويثقون فى طريقتهم ويتحقق الشفاء على أيديهم .

بينما الفكى ليس له علاقة بالطب الرسمى فهو يمارس تخصصاً علاجياً يختلف عن العلاج الطبى الحديث . ولا يحيل أحد الفكيّن (التقليدى والحديث) مريضه إلى الأطباء ولا يطلب منهم عمل فحوص طبية أو أشعات ، ولم يسبق لأحدهما اللجوء إلى الطب الحديث للعلاج . إلا أن الفكى الحديث سعى لتقديم خبراته وخلاصة تجاربه العشبية — فى علاج الأمراض — إلى الأطباء بكلية طب الخرطوم . ولما تأكدوا من قيمتها العلاجية وجدواها أقروه طبيباً بلدياً واعترفوا به ليمارس العلاج بالأعشاب . وصاروا بعدئذٍ يحيلون إليه بعض المرضى بأمراض خطيرة أو يصعب علاجها بالطب الحديث ، ومنها اليرقان والملاريا والسكر والدودة الشرطية .

(ب) **وأما وعى المعالج الشعبى وخبرته** : فهو يحدد طبيعة علاقته بالطب الرسمى . **فشيوخ الزار** على وعي كامل بأنهم يعالجون أمراضاً لا علاج لها فى المستشفيات ، ويقدمون علاجاً لا يقدمه الأطباء ، ويساعدون المرضى على الشفاء الكامل من المرض فى الوقت الذى يفشل فيه الأطباء فى علاجه . أما **البصراء** فإنهم على وعى بقدراتهم العلاجية وخبراتهم ، ومع ذلك فهم يحاولون الإفادة من الإنجازات الطبية الحديثة كالفحوص والأشعات فى تشخيص المرض وتحديد موضع الإصابة . كذلك فهم واثقون من مهاراتهم ولذلك يقولون : « هناك أمراض يعالجها الفقراء ، وأخرى يعالجها البُصراء » . فالفقراء يعالجون أمراض الصرْع والجنون والأمراض النفسية والعصبية عموماً . بينما يعالج البصراء الأمراض التى تصيب العظام . أما **الفكى** فهو واثق من كفاءته

العلاجية كفاءة أعشابه ووصفاته فى تحقيق الشفاء ، وبالتالى فهو ليس فى حاجة للتعامل مع الطب الحديث . على حين يتجاوز الفكى الحديث هذه الصورة ويقدم خبرته ــ بوعي ــ للأجهزة الطبية الرسمية ليحظى بالإعتراف منهم ، ويطور مهنته وتخصصه العلاجى الشعبى كما أشرنا قبلئذٍ .

(جـ) **مدى كفاءة الطب الرسمى فى أداء الخدمة الصحية :** فكلما نجح الطب الرسمى فى علاج أمراض البيئة بكفاءة ، كلما زاد إقبال الجمهور عليه وهجرهم للممارسات الطبية الشعبية ، حتى وإن كانوا يعتقدون فيها . والعكس صحيح فقصور هذا الطب فى علاج الأمراض المزمنة والمستعصية ــ كالسكر والكبد والكلى والأمراض الصدرية والنفسية والعصبية والرماتيزم ... الخ ــ يُلْجِيء المرضى للطب الشعبى بشتى أنماطه وتخصصاته لالتماس العلاج . وهكذا تؤدى كفاءة الطب الحديث إلى زوال تخصصات شعبية حيناً (كالقبالة والحجامة والخِتَانة) ، أو تؤدى إلى سعيها للإستفادة من منجزاته المعاصرة (كالبصارة والعلاج بالأعشاب) وإستخدامها فى العلاج حيناً لآخر . ولكن واقع المجتمع السودانى يؤكد على قصور الطب الحديث وعجزه عن التعامل مع المرضى بخلفياتهم الإجتماعية والثقافية ، ولذلك فهم ينصرفون عنه إلى ما يشبعهم ويحقق لهم آمالهم فى الشفاء كشيوخ الزار والفقراء والبصراء والمعالجين بالكى والقابلات والحلاقين ... الخ .

(د) **كيفية الحصول على الخدمة :** وهى تحدد شكل العلاقة بين نوعى الطب (الرسمى والشعبى) فمجتمعات الدراسة تفتقر إلى الخدمة الصحية الجيدة أساساً ــ وهذا واقع فى المجتمع السودانى ككل ــ كما أن هذه الخدمة المتدنية لا يقدر على تكاليفها عامة الناس ، ولذلك فهم يجدون ضالتهم فى الطب الشعبى بشتى تخصصاته . ومن ناحية أخرى لا يسعى الطب الشعبى غالباً للإستفادة من الطب الرسمى وهو فى هذا الحال ، ولذلك فلا توجد علاقة عميقة بينهما .

(٤) كيف يفسر المعالجون الشعبيون وقوع المرض والوقاية منه ؟ :

الواقع أن التفسير غالباً مستمدٌ من التراث الثقافى السائد ، وبالتالى فهو

مرآة عاكسة للسياق الثقافى والإجتماعى لمجتمعات الدراسة بصفة خاصة ، والمجتمع السودانى بشكل عام . وكل معالج شعبى لديه تفسير خاص لنوع المرض الذى تخصّص فى علاجه ، وهو يعكس رؤيته للمرض وأسبابه والوقاية منه ، كما يعكس تمثُّله للتراث الإعتقادى حول الصحة والمرض فى المجتمع الذى يعيش فيه .

لذلك نجد **شيوخ الزار** يفسرون الزار بأنه قوى خفية أو أرواح ــ غير الجن والشياطين ــ تحل بإنسان معين عندما تريد بعض « الطلبات » . كما أن الزار من ناحية أخرى هو مرض نفسى يصيب الإنسان فيشعر بفقدان نفسه ، ولا يشفى منه إلا بعد إقامة حفل زار . ولهذا ينتشر الزار فى مجتمعات الدراسة والمجتمع السودانى ككل ، ويزداد إنتشاره بين النساء أكثر من الرجال . ويسبب الزار أمراضاً تختلف بإختلاف نوعه . « فالريح الأسود » (وهو مجموعة أرواح الجن والشياطين) يسبِّب الجنون عندما يحل بالإنسان ولا شفاء له إلا بإخراجه . بينما ترى الشيخة أن « الريح الأحمر » (مجموعة من الأرواح غير الجن والشياطين) يسبب للإنسان ــ عندما يمسه ــ الإختلال والقلق النفسى والتوتر الدائم وفقدان الذاكرة فى بعض الأحيان ، وإتيان بعض الحركات أو التصرفات غير المفهومة ، وإن كانت تعاملاته مع الناس مقبولة .

ومن ناحية أخرى تؤكد شيخة الزار على أن الأسباب النفسية والإجتماعية أسباب رئيسية فى الإصابة بالزار . فالقلق والتوتر الذى يعيشه الشخص ، والمشكلات الإجتماعية التى يواجهها فى منزله وفى عمله وفى مجتمعه ، تسبب له ضغوطاً تؤدى إلى إصابته بالزار . وقد تؤدى هذه الضغوط والمشكلات إلى إصابته بالشرود وعدم التركيز والضعف الجسدى والإكتئاب ، وهنا يشخص المجتمع حالته بأنه مصاب بالزار ، ولا بد من إقامة حفل زار ليشفى منه . وعلى هذا يتأكد صدق النظرية البنائية والنظرية الوظيفية بأن الممارسات الطبية الشعبية كالزار مثلاً تقوم بوظيفة التنفيس عن التوترات الكامنة داخل البناء الإجتماعى ، علاوة على أنها أداة للتكيف مع المجتمع .

أما **البصراء** فإنهم يعالجون أمراض العظام سواء بالتدليك أو بالضغط على القدم أو بعمل جبيرة أو بتحريك المفصل ليعود إلى مكانه الطبيعى . وبالتالى

فإن تفسيرهم للمرض يغلب عليه الطابع العقلانى ويربط السبب بالنتيجة . فكسور العظام تنجم عن أسبابٍ كالحوادث ، والسقوط من مكانٍ مرتفع ، أو إلتواء ينتج عن رفع حمل ثقيل ... الخ . يذكر أشهر البصراء أن سبب مرض « القطيعة » مثلاً هو حمل شيء ثقيل ، أو الوقوف أو الجلوس فى وضع غير طبيعى ، فتنعقد العضلة ، وينقبض النَفَس ، ويعجز المريض عن الحركة . ويقول آخر (عبد الرحمن الصديق) بأن سبب « الفصل » هو إختلال « التلبيسة » وهى مكان تلاقى العظمين ، فإذا إختلت هذه التلبيسة حدث الفصل فى العظم .

بينما يرى **المعالجون بالأعشاب** أن أسباب الأمراض التى يعالجونها ترجع إلى تعرض الإنسان إلى الرطوبة (مثل أمراض الجهاز التنفسى والروماتيزم) ، أو الإفراط فى تناول الغذاء — وخاصة الدسم — والسكريات والحلوى (فيصاب بالسمنة وآلام المفاصل والسكر) ، أو كثرة التعرض للتوتر والقلق (فيصيبه ارتفاع ضغط الدم) . والواقع أن معظم التخصصات الطبية الشعبية تخلو من الإحتياطات الوقائية التفصيلية ، عدا السحرة (القراء) وشيوخ الزار ، فإنهما يتضمنان إجراءات وقائية كالأعمال السحرية الوقائية كالأحفاظ والرُّقى والحمائل السحرية المتنوعة ، وتجنب إرتياد الأماكن الخربة والمظلمة . بينما باقى التخصصات تحوى إشارات بسيطة عن الوقاية ومنها مثلاً أسباب المرض كالتعرض لتيارات الهواء أو التوتر والقلق أو الإفراط فى تناول الغذاء عامةً والدهون والسكريات بشكل خاص .

(٥) الوظائف العلاجية التى يضطلع بها الطب الشعبى ؟ ولماذا يقصده الجمهور فى مجتمعات الدراسة ؟ :

تتعدد الوظائف العلاجية التى يقوم بها الطب الشعبى فى مجتمعات الدراسة ، كما تتعدد الأسباب التى تدفع الجمهور للإفادة من خدماته ، حسبما تدل المادة الإثنوجرافية التالية :

(أ) **الوظائف العلاجية للطب الشعبى** : وهى متعددة — كما ذكرنا ويقدمها بشكل يميِّزه عن الطب الرسمى ، ويساعد على توسيع ق... الجمهور ، والثقة فى المعالجين الشعبيين ، ومن ذلك :

١ـــ علاج الأمراض المزمنة والمستعصية (كالروماتيزم والسكر والكلى والصرع) بإستخدام الكى والأعشاب والسحر ، علاوة على علاج الأمراض التى لا يعترف بها الطب الرسمى(كالمس واللبس) بإستخدام الزار والسحر أيضاً .

٢ـــ إيجاد مُتَنَفَس يلقى عليه الجمهور تبعة توتراتهم النفسية وقلقهم نتيجة الضغوط الإجتماعية التى يتعرضون لها فى حياتهم اليومية ، ويتمثل ذلك فيما يقدمه شيوخ الزار والفقراء من ممارسات علاجية .

٣ـــ تقديم العلاج الناجح والسريع لأمراض العظام (من كسور والفصل والشق والقطيعة ... الخ) وبأدوات بسيطة (كالجبيرة أو القماش) ، وبإجراءات أكثر بساطة (كالتدليك بالزيت أو تحريك المفاصل أو الضغط على الأرجل) وفى أقل وقت ممكن . ولذلك تتدعم الثقة بين الجمهور وبين البصراء معالجى العظام .

٤ـــ تحديد رموز ثقافية وإجتماعية لتتجه نحوها شحنات غضب المرضى وذويهم . ومن تلك الرموز الريح الأسود والريح الأحمر والأعمال السحرية ، وهى تلاقى قبولاً لدى الجمهور ، وتتسق مع السياق الثقافى والإجتماعى السائد .

٥ـــ ربط الإنسان المعاصر بتراث الأجداد وإستحضاره وإثبات فاعليته فى مقابل الثقافة المعاصرة ـــ والطب الحديث منها على سبيل المثال ـــ ومن ذلك العلاج بالأعشاب الذى يربط المريض بأرضه وأعشابها ونباتاتها ، كما تربطه بتراثه الذى خلفه السابقون . وهنا تتأكد الهوية وتتدعم الأصالة .

٦ـــ يعد التراث العلاجى مصدراً يستهلم منه بعض المعالجين مقومات نجاحهم فى مواجهة الطب الرسمى ، كالفكى الذى يجرى التجارب بنفسه على الأعشاب ، ويستخلص وظائف جديدة علاجية لأعشاب ونباتات موجودة وغير مستغلة « كأوراق النيم » لعلاج الملاريا مثلاً ، « والسيكران » لعلاج أمراض الجهاز التنفسى . وعموماً فتلك خاصية غلبت على الطب العربى منذ القدم[٨] .

(٨) د . على المكاوى ، علم الاجتماع الطبى ، مرجع سابق ، ص ٧٥ .

٧ـ تقديم العلاج بطريقة تجمع بين الترويح والتنفيس ـ عن التوترات والضغوط ـ والعلاج فى نفس الوقت ، كما هو الحال فى طقوس الزار . فهى تتضمن رموزاً عديدة كالأضحية والألوان الحمراء والسوداء ، والبخور والخيوط (الأدوار والأغانى) ، والآلات الموسيقية الصاخبة وإسترضاء « المدستر » بشكل لا يتحقق فى الحياة اليومية . وبالتالى تتعدد الوظائف التى تقوم بها طقوس الزار ، وبما يؤكد صدق النظرية الوظيفية الواردة فى الإطار التصورى للدراسة ، وكذلك نظرية « العلامات » .

٨ـ أداء الخدمة العلاجية بأسلوب يقبله المرضى وذووهم ويحبذونه فلا يشعرون بالإغتراب ، وبالتالى يعتمدون على الطب الشعبى ويعتبرونه جزءاً من هويتهم وكيانهم ، على عكس الطب الحديث الذى يقدم الخدمة بأسلوبٍ متعالٍ ، وبلغةٍ غير مفهومةٍ ، وبشكلٍ رسمى لا يراعى للخلفيات الإجتماعية والثقافية إعتباراً . وفوق هذا وذاك فهو لا يقدم خدمة ناجحة ولا ميسورة لجميع الناس .

(ب) دوافع اللجوء إلى الطب الشعبى : وهى فى الغالب دوافع مستمدة من طبيعة الوظائف التى يضطلع بها . ومن خلال ما أكده أبناء مجتمعات الدراسة الميدانية ، يمكن إيجاز هذه الدوافع فيما يلى :

١ـ تركز الطب الشعبى فى أسرٍ معينة يعرفها مجتمع الدراسة ويثق فيها .
٢ـ قصور خدمات الطب الرسمى ، وعجزها أحياناً كثيرة عن معالجة أمراض البيئة بكفاءة .
٣ـ يُسر الحصول على الخدمة فى أى وقت وفى أى مكان .
٤ـ توافر أكثر من معالج فى التخصص العلاجى الواحد فإذا فشل أحدهم نجح الآخر فى تقديم العلاج .
٥ـ سهولة وبساطة الإجراءات العلاجية .
٦ـ مراعاة الخلفيات الإجتماعية والثقافية للمرضى .
٧ـ تقديم العلاج فى صورة طبيعية مقبولة وبسيطة .
٨ـ عدم وجود مضاعفات للأدوية الشعبية كالأعشاب مثلاً ، فإذا لم تنفع ، فهى لا تضر .

٩ــ قلة تكاليف الطب الشعبى ــ عدا الزار ــ مقارنةً بتكاليف الطب الرسمى .

١٠ــتتضمن الطريقة العلاجية الشعبية دواءً وترويحاً وتنفسياً ، وعلى هذا يزداد الإقبال على الطب الشعبى .

١١ــالثقة الكبيرة فى الطب الشعبى بحكم العراقة والمعايشة والنجاح الذى حققه ــ ويحققه ــ فى مواجهة الطب الرسمى .

(٦) الخصائص الإجتماعية والثقافية لجمهور الطب الشعبى :

تدل الدراسة الميدانية على سعة جمهور الطب الشعبى وتنوعه وزيادة ثقته فيه . ولكن الملاحظ أن هناك « **تخصصاً نوعياً** » فى بضع الممارسات العلاجية الشعبية . فالبصير الأكثر شهرة ــ عبد الرحيم ــ يعالج كل الفئات من الذكور والإناث ، على حين يعالج البصير الآخر ــ عبد الله الصديق ــ الرجال فقط . كذلك نلاحظ غلبة جمهور النساء على الرجال فى ممارسات العلاج بالزار . أما الفكى فجمهوره من جميع الفئات والأحياء السكنية بالمدينة والمدن والأقاليم المجاورة ؛ ذكراناً وإناثاً . ولعل تنوع الجمهور والشهرة سبب رئيسى لزيادة الجمهور والتغاضى عن بعض الإعتبارات التقليدية « كالتخصص النوعى » بتقديم الخدمة لنوع واحد (ذكور أو إناث) دون الآخر .

إن **جمهور الزار** يتركز فى فئة الإناث ، إذ أن الزار منذ البداية ممارسة نسائية تؤدى عدة وظائف علاجية ونفسية وترويحية وإجتماعية للنساء . لهذا فهن يتجاوزن نسبة ٨٥٪ من الجمهور ، ويمثل الرجال النسبة الباقية ١٥٪ ولهذا السبب أيضاً نجد شيخات الزار أكثر من شيوخه . ويغلب على جمهور النساء أنهن متزوجات ولكنهن يعانين من صراعات إجتماعية ، نتيجة للعقم أو للزواج التعددى ، أو لكثرة الخلافات الزوجية أو إهمال الزوج للزوجة . وهنا تؤيد المادة الميدانية صدق النظرية الوظيفية مرة أخرى . كذلك يغلب على جمهور الزار إنعدام التعليم ، أو ضآلة نسبته أو الحظ منه ، فقد لا يتجاوز معرفة القراءة والكتابة . وهكذا يمكن أن يعمل التعليم ــ ولا سيما تعليم الإناث ــ على تغيير هذه الطقوس والممارسات . ومعظم نساء الزار لا يعملن بأية مهنة حكومية أو عامة ، وبالتالى فالفراغ يؤدى إلى الإنخراط فى هذه الممارسات ، سواءً للترويج أو للتسلية أو للعلاج حسب الإعتقاد .

أما **جمهور البصراء** فهو قاصر فى الغالب على مدينة أبو سعد وبعض الأحياء المجاورة بمدينة أم درمان . إذ يحوى مجتمع الدراسة ستة بصراء . والملاحظ أن أشهرهم يقصده جمهور من الرجال والنساء ؛ المسنين والمحدثين والأطفال ، المتعليمن وغير المتعلمين . كما يقصده بعض الموظفين فى الحكومة والقطاع الأهلى . بينما يقتصر البصير الثانى — كما سبق — على علاج الرجال فقط ، ولا يقبل أن يعالج إمرأة . ومعنى ذلك أنه يراعى طبيعة التقاليد السائدة وتلك خاصيَّة يتميز بها المعتقد والممارسة الشعبية من خلال التواؤم مع السياق الثقافى السائد .

ولا يقتصر جمهور البصراء علىغير القادرين ، وإنما يشمل الأغنياء أيضاً . يقول البصير عبد الرحيم بأن شاباً طرق بابه قائلاً بأن والده فى السيارة وغير قادر على الحركة ولا النوم ولا الجلوس منذ أيام لألم فى ظهره . فقال البصير « عَوْجَه ما فى » (أى ليس هناك تقوس أو كسر فى العظام) وطرح الرجل على السرير وفحصه — وكان ضخم الجثة — فوجده يعانى من « القطيعة » بالقدم فأحضر الزيت وقام بتدليك الرِجْل كلها حتى نهض الرَجُل كأن لم يكن مريضاً .

كذلك يقصد المتعلمون البصير للعلاج . ومن الشواهد الواقعية أن طالباً بالمرحلة الثانوية من قبيلة الجموعية ظل يعانى خمس سنوات لا يستطيع خلالها الحركة ويذهب إلى المدرسة على ظهر حمار ، ولجأ إلى البصير — عثمان — ففحص حالته فوجد أنه مصاب بمرض « قطيعة المخروقة » (أى إلتواء أو إرتخاد عضلة الحوض) . وهنا طلب منه أن يجلس متربعاً ، ثم يرقد على ظهره ، وأمر أحد مرافقيه بتثبيته من أعلى صدره وهو راقد ، ثم ضغط بشدة على قدميه فصرخ الطالب وأُغمى عليه من شدة الألم ، ثم قام بعدها مُعَافىً من المرض قادراً على الحركة . وبنفس المرض أيضاً قصده الموظف بالحكومة — عبد الحميد إبراهيم من حى أبو كدوك — فعالجه البصير .

على حين يزداد **جمهور المعالجين بالأعشاب** ، وخاصة الفكى الحديث ، حيث يتنوع ما بين الرجال والنساء والأطفال ، كبار السن والشباب من المتعلمين وغير المتعلمين ، ومن مدينة أم درمان ومدن العاصمة المثلثة والأقاليم

الأخرى المجاورة والبعيدة . ولقد إتسعت دائرة شهرة الفكى الحديث بعد أن اعترفت به كلية طب جامعة الخرطوم كطبيب بلدى يعالج بالأعشاب ، وبعد أن أجريت التجارب على الوصفات والأعشاب والنباتات التى قدمها فأجازته للعلاج العشبى . ولعل إعتراف الطب الرسمى بهذا الفكى ، ساعد على ذيوع صيته وتوافد الجمهور عليه من أحياء ومدنٍ وأقاليم شتى . وقد قدم الفكى المذكور علاجاً عشبياً لمرضى اليرقان وأكد الطب الحديث كفاءته العلاجية ، كما أجرى عديداً من التجارب على الأعشاب والنباتات المحلية خلص منها إلى إستخدام أوراق شجر « النيم » علاجاً للملاريا .

(٧) الملامح المستقبلية للطب الشعبى فى السودان :

تتحدد ملامح المستقبل من خلال مجموعة خيوط حول صورة الحاضر (الواقع) وامتداد تأثير الماضى (التراث) . وتتمثل هذه الخيوط فى الوضع الحالى للخدمات الصحية الرسمية ومدى كفاءتها ، وسهولة الحصول عليها ، ومقدار تكلفتها الإقتصادية ، هذا علاوة على طبيعة السياق الإجتماعى والثقافى ومدى تأثيره فى مجالات الصحة والمرض .

ويؤكد الواقع الإمبريقى لمجتمعات الدراسة أن الطب الشعبى واسع الإنتشار ، عميق الجذور ، حقيق بالثقة ، كفء العلاج ، متنوع الممارسة ، مختلف الجمهور . على حين يغلب على النسق الطبى الرسمى الإغتراب والقصور وتجاهل السياق الثقافى والإجتماعى للمرض ، بالإضافة إلى صعوبة الحصول على الخدمات الصحية الرسمية وغلاء قيمتها ، وعدم توافرها بالقدر الكافى ، وبطء برامج ومشروعات التحديث . وبالتالى يمكن القول بأن الطب الشعبى وُجد ليبقى فى الساحة التى خلت من المنافس القوى .

ونعرض فيما يلى لميكانيزمات بقاء ورسوخ الطب الشعبى فى مجتمعات الدراسة ـــ وفى المجتمع السودانى ككل ـــ لتتضح لنا معالم المستقبل :

١ـــ يؤدى إغتراب أعضاء النسق الطبى الرسمى عن المرضى بمجتمعات الدراسة إلى إستمرار الثقة فى الطب الشعبى والإعتماد عليه . ولعل هذا الإغتراب يمكن زواله لو تخلى أعضاء هذا النسق الطبى عن التطبيق الحرفى

للنموذج البيولوجى والإكلينكى فى تقديم الخدمة الصحية ، واعترفوا بالنموذج البيولوجى الإجتماعى والخلفيات الثقافية والإجتماعية للمرضى(*) .

٢ـ لعبت إيكولوجيا السودان وإتساع رقعته وكثرة النباتات والأعشاب الطبية والمصادر العلاجية الأخرى دورها فى زيادة الإعتماد على الطب الشعبى . كما أدت من ناحية أخرى إلى رفض الأطباء العمل فى الأقاليم النائية والمحرومة من الخدمات الصحية الرسمية ، مما يساعد على تفرد الطب الشعبى فى الساحة بلا منازع .

٣ـ نتج عن قصور الخدمات الصحية الرسمية إنصراف الجمهور إلى الطب الشعبى وزيادة الثقة فيه كالعلاج بالأعشاب والكى والتجبير والسحر والزار ، كما ساهمت كثرة تكاليفه العلاجية فى اللجوء إلى الطب الشعبى زهيد التكلفة ، سهل المنال .

٤ـ أدت كثرة الإجراءات الطبية فى التشخيص (من أشعات وتحاليل وفحوص) واستغراق الوقت الأطول مع الطب الرسمى ، ووجود بعض الآثار الجانبية للأدوية الحديثة ، إلى زيادة اللجوء إلى الطب الشعبى والإعتماد عليه كالعلاج بالأعشاب الذى لا يضر إذا لم ينفع ، والبصير الذى يعالج العظام بالجبائر وفى خلال دقائق وبدون جبس ومضاعفات ، والمعالج بالكى الذى لا يطول علاجه أكثر من أيام قليلة .

٥ـ أدى تفوق الطب الشعبى على الطب الرسمى فى المنافسة العلاجية ، إلى زيادة الإعتماد عليه والثقة فيه . وللتراث الإعتقادى دور واضح فى هذه الثقة ، وفى تقديم البدائل العلاجية للأمراض التى يعجز عن علاجها الطب الرسمى . ومن ذلك أن الفكى والبصير مثلاً يبتكران فى أساليب العلاج ، ويطوران من خبراتهما بإجراء التجارب وإستخلاص أدوية عشبية جديدة . ولعل الفكى الحديث الذى انتزع إعتراف الطب الرسمى به ــ كطبيب بلدى مُجَاز ــ مثال على مرونة الطب الشعبى وسعيه الدائم لتثبيت أقدامه . كما أن البصير انفرد فى الساحة بعلاج أمراض العظام .

(*) راجع التفاصيل فى الفصل الأول .

٦ـ تظل الممارسات والطقوس العلاجية الشعبية ـ كالزار والسحر ـ قائمةً ، ما بقيت مصادر التوترات والضغوط والمشكلات الإجتماعية فى مجتمعات الدراسة والمجتمع السودانى بشكل عام . فإذا طرأ التغير الإجتماعى والثقافى الشامل على بنية المجتمع ليتجه نحو الأفضل ، فسوف تزول هذه الطقوس بمرور الوقت .

٧ـ ضآلة نصيب الجمهور من التعليم ـ وخاصة النساء ـ وبالتالى يظل السياق الثقافى والإجتماعى تقليدياً ، ويزداد إزدهار بعض الممارسات والطقوس العلاجية كالزار على سبيل المثال . ولكن الملاحظ أن المرأة فى مجتمعات الدراسة كلما تعلمت وعملت ، كلما قل لديها وقت الفراغ ، وإرتقى تفكيرها ، وابتعدت عن الزار . على حين نجد معظم النساء من جمهور الزار أميّات وربات بيوت ، ويقمن بتنشئة أطفالهن على هذه المعتقدات والممارسات فتستمر .

* * *

الفصل الثامن

الزواج القرابى وأثره على الصحة
فى المجتمع القطرى

الفصل الثامن

الزواج القرابى وأثره على الصحة
فى المجتمع القطرى

★ ★ ★

مقدمـــة :

الزواج هو اقتران وارتباط شىء بشىء بعد أن كان منفصلاً عنه . فيقال زوَّج الرجل إبله إذا قَرَنَ بعضها ببعض . وقال تعالى : « وإذا النفوس زُوجت » أى اقترنت بأجسادها عند الحشر . وزواج الرجل من المرأة واقترانه بها للاستئناس والاستمتاع والتناسل . وقد صار المعنى المألوف للزواج هو زواج الرجل بالمرأة . وهو ظاهرة اجتماعية تلازم المجتمع البشرى ، وتمثل المقدمة الأساسية لتكوين الأسرة . كذلك فهو مجموعة من العادات تحدد صور العلاقات بين شخصين بالغين يُباح الاتصال الجنسى بينهما ، ويؤلفان الأسرة ولا تتكون بدونهما .

والواقع أن نظام الزواج يتخذ أشكالاً تختلف باختلاف المجتمعات ، وذلك فى عدد المشتركين فى علاقة الزواج ، ونظم السكن واختيار شريكة الحياة ، وطرق الزواج ، ومدى قوة العلاقة الزواجية[1] . كما أن هناك مجتمعات يكون الزواج فيها داخلياً أو إنضوائياً Endogamy أو قرابياً ، كما قد يكون خارجياً Exogamy (أى من خارج الجماعة أو القبيلة أو المجتمع) فى مجتمعات أخرى . ولعل مرد ذلك إلى النمط الثقافى المفضل فى المجتمع[2] ، وهذا شأن المجتمع القطرى الذى يعد الزواج القرابى فيه نمطاً منفصلاً يحظى بالانتشار والقبول .

وقد أجرى قليل من الدراسات والبحوث الاجتماعية الطبية حول الآثار الصحية التى تترتب على الزواج القرابى ، فى المجتمعات التى يكثر فيها هذا النمط ومنها المجتمع البدوى المصرى مثلاً[3] ، أو المجتمعات البدوية أو ذات الأصول البدوية و

---

(١) د. على المكاوى ، الأنثروبولوجيا الاجتماعية ، مرجع سابق ، ص ٨٨ .

(٢) د. فاروق العادلى ، دراسات أنثروبولوجية فى المجتمع القطرى ، دار الكتاب الجامعى ، القاهرة ١٨٩١ ، ص ١٣٢ .

(٣) د. على المكاوى ، البيئة وأنماط المرض ، مرجع سابق ، ص .ص. ١٨ـــ١٩ .

الخليج العربى[٤] ، وأشارت هذه البدايات إلى الآثار الصحية السلبية للزواج القرابى دونما إشارة إلى آثاره الإيجابية . وعلى هذا فإننا نجرى هذه الدراسة لنتعرف على الآثار الصحية السلبية والإيجابية للزواج القرابى فى المجتمع القطرى . وهو موضوع يدخل فى مجال الأنثروبولوجيا الطبية والأنثروبولوجيا الفيزيقية والوراثة والبيولوجيا والطب .

وإذا كان التراث العلمى فى هذا المجال غزيراً فى العلوم الطبيعية ، إلا أنه نادرا فى العلوم الإنسانية ، كما أن ما أجرى من دراسات فى هذا المجال محدود للغاية ويمثل إشارات سريعة فى نفس الوقت . والواقع أن الإطار النظرى لهذه الدراسة مستمد برمته من علوم الطب والوراثة ، وتلك صعوبة فى حد ذاتها ، إلا أننا اتبعنا إجراءً مرناً ، وهو الاعتماد أيضاً على الآراء الطبية لعدد من الأطباء ، لفهم هذا الموضوع قبل تناوله امبريقياً .

وفى ضوء ذلك تتناول الدراسة الموضوعات التالية :

أولاً : الزواج فى المجتمع القطرى .
ثانيــــاً : الزواج القرابى فى المجتمع القطرى .
ثالثــــاً : الزواج القرابى والصحة : الإطار النظرى .
رابعــــاً : الإطار المنهجى لموضوع الدراسة .
خامسـاً : الآثار الصحية السلبية للزواج القرابى .
سادساً : الزواج القرابى والإعاقة فى المجتمع القطرى .
سـابعـاً : مؤسسات رعاية المعوقين فى المجتمع القطرى .
ثامنــاً : المشكلات الصحية للزواج القرابى بين الأبناء : حالات واقعية .
تاسـعـاً : الآثار الإيجابية للزواج القرابى فى المجتمع القطرى .

* * *

أولاً : الزواج فى المجتمع القطرى :

تحظى الأسرة والعلاقات الأسرية بمكانة كبيرة فى قطر قديماً وحديثاً . فقد كانت الأسرة الممتدة تسود هذا المجتمع ، وبالتالى فهى التى تحدد سن الزواج

(٤) د. محمود يوسف النجار ، زواج الأقارب وآثاره الصحية السلبية ، الموسم الثقافى لكلية الآداب ، جامعة الكويت ، محاضرات وندوات العام الدراسى ٨٨ /١٩٨٩ ، ص ٢٠٣ .

والأبناء الذين يحق لهم الزواج ، وهى التى تختار الزوجة للأبناء . والغالب أن سن زواج البنت قديماً كان مبكراً للغاية (١٢ـــ١٥ سنة) ودون أخذ رأيها ، فإن لم يتيسر كلفن إحدى القريبات بالبحث عن الفتاة المناسبة . وقد فرضت طبيعة النشاط الرعوى والزراعى والصيد والغوص ، الزواج المبكر ، وتوافر الأيدى العاملة ، والحفاظ على سلامة القبيلة ككل .

وكانت الفتاة ـــ بعد الخطوبة ـــ تلزم البيت حتى لا يراها الناس ، كما ترتدى « البطولة »وهى قناع من البلاستيك ليحمى الوجه من الشمس وتقلبات الجو ، علاوة على أنه يغطى الوجه أساساً . وإذا تجاوز الفتى سن الخامسة والعشرين بلا زواج يُقال عنه « إنه باطل » (أى عابث) أو « ما فى شىء » . وإذا تجاوزت الفتاة سن العشرين دون زواج توصف بأنها « بايرة » أو « عانس » ، وتحوم الشكوك حولها وحول عائلتها .

إلا أن التغير الاجتماعى والثقافى الذى طرأ على المجتمع القطرى إبّان البترول وفيما بعده ، قد أصاب الأسرة الممتدة فاتجهت إلى الطابع النووى (الصغير) ، وتغيّر النشاط الاقتصادى إلى التجارة والصناعة فقل الاعتماد على الأبناء كأيد عاملة ، وأتيح لهم قدر من الحرية فى الاختيار للزواج ، كما أصبح سن زواج البنت غالباً من ١٨ـــ٢٠ سنة ، وسن الشاب فى المتوسط ٢٥ سنة . وكان ذلك نتاجاً للتعليم والاتصال والاستقلال الاقتصادى وزيادة الدخل وتحسن الأوضاع الاجتماعية .

ويمكن أن تدل المؤشرات الإحصائية على حجم هذا التغير ، فإذا كان عدد سكان قطر هو ٣٦٩,٠٧٩ نسمة فى عام ١٩٨٦ ، فإن نسبة الذكور ٢٤٧,٨٥٢ نسمة ، والإناث ١٢١,٢٢٧ نسمة . كما أن أكثر من ٤٨,٧٧٪ من إجمالى السكان (١٧٩,٩٩٩ نسمة) يتركزون فى الفئات العمرية (من ٢٠ـــ٣٩ سنة) . وباقى النسبة ٥١,٢٣٪ (١٨٩,٠٨٠ نسمة) تتوزع على الفئات العمرية الباقية ، وإن تركزت فى الفئتين (٥ـــ٩) و (٤٥ـــ٤٩ سنة)[٥] .

---

(٥) الجهاز المركزى للإحصاء ، التعداد العام للسكان ، مرجع سابق ، ص.ص ٨ـــ٩

وإذا نظرنا إلى عقود الزواج الأول حسب الفئات العمرية للزوج والزوجة فى قطر ، وجدنا أن أكبر نسبة من الزوجات (١٥٣ زوجة) بنسبة ١٥,١٦٪ تتركز فى الفئة العمرية (٢٥ــ٢٩ سنة) وهى نفسها الفئة العمرية للأزواج التى تتركز فيها الغالبية (٣٤٨ زوجاً) بنسبة ٣٦,٢٩٪[٦] . ونجد أيضاً استمرار زواج البنات فى سن (١٥ــ١٧ سنة) وبعدد يصل إلى ١٨٤ زوجة ، بنسبة ١٨,٢٤٪ من الإجمالى ١٠٠٩ زوجة ، وحسبما يشير الجدول التالى[٧] :

عقود الزواج الأول للزوج والزوجة
حسب العمر على مدى عام ١٩٩١

فئة العمر بالسنوات	الزوج	الزوجة	المجموع
١٥	-	٧٢	٧٢
١٦	-	٤٣	٤٣
١٧	-	٦٩	٦٩
١٨	٧	٩٦	١٠٣
١٩	٦٠	٩٧	١٥٧
٢٠	٥٩	١٠٥	١٦٤
٢١	٧١	١٠٣	١٧٤
٢٢	٩٢	٨٠	١٧٢
٢٣	١١٢	٨٦	١٩٨
٢٤	٩٥	٦٧	١٦٢
٢٥ - ٢٩	٣٤٨	١٥٣	٥٠١
٣٠ - ٣٤	٩١	٣٠	١٢١
٣٥ - ٣٩	١٦	٧	٢٣
٤٠ - ٤٤	٣	-	٣
٤٥ - ٤٩	٣	١	٤
٥٠ - ٥٤	٢	-	٢
المجموع	٩٥٩	١٠٠٩	١٩٦٨

(٦) الجهاز المركزى للإحصاء ، النشرة السنوية للإحصاءات الحيوية ، مرجع سابق ، ص ١٩

(٧) نفس المرجع السابق ، ونفس الصفحة .

والواقع أن الزواج فى قطر متعدد الأنماط ، فهناك الزواج الأحادى Monogamy ، وهناك الزواج التعددى Polygamy ، وهو نمط سائد . كما يوجد الزواج القرابى ، وهو النمط الأكثر انتشاراً قديماً ولا يزال حتى الآن ، والنمط الأخير وهو الزواج الاغترابى أو الخارجى وهو يتخذ طريقه الآن نحو الإنتشار والتفضيل خاصة بعد أن طرأ التحديث على المجتمع القطرى ، فى كافة جوانبه ، وساد التعليم ، وخاصة تعليم الفتاة وعمالتها ، وزيادة فرص الحراك الاجتماعى الذى يتيح فرصة المعايير الفردية فى الاختيار للزواج .

* * *

ثانياً : الزواج القرابى فى المجتمع القطرى :

أدت سيادة الأسرة الأبوية ، وزيادة سلطة الأب — وبالتالى ضرورة الانصياع لآرائه وقراراته ومنها ما يتعلق بالزواج — واعتماد الأبناء اقتصادياً على الآباء ، أدت إلى غلبة النمط القرابى على الزواج ، واستناده إلى المعايير التقليدية فى الاختيار كأصالة العائلة ووضعها الاقتصادى والاجتماعى وصغر سن الفتاة بصرف النظر عن تعليمها أو رأيها . ويزداد التمسك بهذه التقاليد ، علاوة على فرض الآباء والأجداد لها فى ظل ظروف عدم الاختلاط .

وما زال الزواج الداخلى أو القرابى هو الزواج المفضل ، والزواج من إبنة العم هو الأكثر تفضيلاً . وكان من النادر أن يتزوج شخص من خارج عائلته ، وعليه إن فعل ذلك أن يبرر بشتى الطرق هذا (التصرف الشاذ) وإلا استحق كراهية العائلة وسخطها . ومن العادات الشائعة — بين المهاندة فى الخور على سبيل المثال — أنه كثيراً ما كانت « تُسَمى » البنت إلى ابن عمها وهى لا تزال طفلة صغيرة ، وليس لها إذا نضجت أن تغير هذا المصير الذى أرادته لها قبيلتها أو عائلتها[٨] . فابن العم أحق بغيره بابنة عمه . وابن العم على حد قول القطريين « كان يملك بنت عمه مثلما يملك الريال فى جيبه » وبالتالى يستطيع أن يمنعها من الزواج بغيره ، ويتركها دون زواج إذا شاء .

وكانت العائلات الأخرى تتردد كثيراً فى خطبة الفتاة إذا كان لها ابن عم ، بل

---

(٨) د. فاروق العادلى ، مرجع سابق ، ص ١٣١ .

إنها لا تقدم على هذه الخطوة إذا كانت الفتاة « محيرة » أى محجوزة لابن عمها . وكذلك لا يمكن أن يتزوج ابن العم فتاة أخرى إذا كانت ابنة عمه مثلاً غير جميلة أو « يشعر بأنها مثل أخته » لأنها عاشت معه فى نفس المنزل ، بل لابد أن يرضخ لرغبة واختيار والده . ولذلك يقولون « ياخد بنت عمه ولو هى عَبْدَه » أى سوداء اللون[٩] . ولا يزال زواج العمومة من الأنماط الثقافية المستحبة ، وأحياناً يُلام الفرد إذا ما ترك ابنة عمه . وتدعم الأمثال الشعبية هذا النمط بقولها « حلاوة الثوب رقعته منه وفيه » و « ناخد ولد عمنا بالزين يلاقينا » .

ويبرِّر المجتمع القطرى سيادة نمط الزواج القرابى واستحبابه فى نطاق العائلة أو القبيلة ، بما يلى :

١ــ تقوية الوحدة المورفولوجية للعشيرة أو القبيلة ، والحرص على نقاوة عصبيتها .

٢ــ حرص رب الأسرة الأبوية على التحكم فى توزيع الانتاج الاقتصادى ومحاولة احتكار مردوده لصالح الأجيال القادمة .

وتدل المادة الإحصائية المستمدة من رئاسة المحاكم الشرعية ، ومن الجهاز المركزى للإحصاء ، على انتشار الزواج القرابى فى المجتمع القطرى سواء كانت القرابة من الدرجة الأولى أو الثانية ، أو كانت بعيدة (من العائلة أو القبيلة) ، وهى تمثل نسبة ٣٥,٤٧٪ من إجمالى واقعات عقود الزواج البالغة ١١٧٣ عقداً خلال عام ١٤١٢ هـ ، وحسبما يوضح الجدول التالى[١٠] :

---

(٩) المرجع السابق ، ص ١٣٢ .

(١٠) رئاسة المحاكم الشرعية ، مركز البحوث والمعلومات ، التقرير الإحصائى ، الدوحة ، ١٤١٢ هـ ، ص ٣٥ . والواقع أن البيانات الإحصائية مدونة فى هذا المصدر بالتاريخ الهجرى ، وبالجهاز المركزى للإحصاء بالتاريخ الميلادى . ونظراً لكثرة الإحصاءات بالتاريخ الميلادى ، ولتوحيد المصدر ، اعتمدنا على الجهاز المركزى

صلة القرابة / العدد	العدد	النسبة المئوية
أبناء عمومة وخئولة	١٦٤	١٣,٩٨٪
من العائلة	٥١	٤,٣٥٪
من القبيلة	٢٠١	١٧,١٤٪
لايوجد	٧٥٧	٦٤,٥٣٪
المجموع	١١٧٣	١٠٠,٠٠٪

ومن ناحية أخرى نلاحظ زيادة نسبة الزواج القرابى من الدرجة الأولى ١٣,٨٥٪ عن الدرجة الثانية ١,٨٤٪ ، على حين أصبح الزواج الاغترابى الآن يمثل الأغلبية ٨٤,٣١٪ . ولكن هذه النسبة الأخيرة موضع تحفظ إذ أن اكبر كثيراً من نظيرها فى سجلات المحاكم الشرعية (٦٤,٥٣٪) عن نفس السنة ١٤١٢ هـ / ١٩٩١ م . ويبدو أن فئة (من القبيلة) لا تدخل ضمن نمط الزواج القرابى الذى تسجله بيانات الجهاز المركزى للإحصاء . والجدول التالى يوضح عقود الزواج المسجلة بين عامى ١٩٨٤ /١٩٩١ م للقطريين[١١] :

السنوات	عقود الزواج
١٩٨٤	٨٤٧
١٩٨٥	٧٥٦
١٩٨٦	٨٤٠
١٩٨٧	٩٨٤
١٩٨٨	٩٧٨
١٩٨٩	٩٦٥
١٩٩٠	٩٨٩
١٩٩١	١١٤١

(١١) الجهاز المركزى للإحصاء ، النشرة السنوية للإحصاءات الحيوية ، مرجع سابق ، ص ١

وتوضح المادة الإحصائية زيادة ملحوظة فى عقود الزواج من عام ١٩٨٤ إلى عام ١٩٩١ . كما تكشف الإحصاءات الأخرى الخاصة بنسب الزواج القرابى — بالقياس إلى نسب الزواج الاغترابى — عن زيادة فى التخلى عنه وتفضيل الزواج الاغترابى عليه . كذلك نلاحظ تركز سن الزواج بين الفئتين (٢٠—٢٩ سنة) للأزواج ، وفئتى (١٥—٢٤ سنة) للزوجات ، سواء فى حالات زواج قرابة الدرجة الأولى أو الدرجة الثانية أو الزواج الاغترابى[١٢] .

ويوضح الجدول التالى عقود الزواج للقطريين حسب صلة القرابة عام ١٩٩١ م وفئة عمر الزوج والزوجة (قرابة الدرجة الأولى)[١٣] .

فئة عمر الزوج بالسنوات	فئة عمر الزوجة بالسنوات			المجموع
	١٥ - ١٩	٢٠ - ٢٤	٢٥ - ٢٩	
- ٢٠	١٥	٣	-	١٨
٢٠ - ٢٤	٤٨	٣١	٣	٨٢
٢٥ - ٢٩	١٣	٢٦	٥	٤٤
٣٠ - ٣٤	١	٤	٥	١٠
٣٥ - ٣٩	١	-	-	١
٤٠ - ٤٤	١	٢	-	٣
المجموع	٧٩	٦٦	١٣	١٥٨

أما عقود الزواج للقطريين عام ١٩٩١ م حسب صلة القرابة وفئة عمر الزوج والزوجة (قرابة الدرجة الثانية) فيكشف عنها الجدول التالى[١٤] :

(١٢) المرجع السابق ، ص ص ٢٨—٣٠ .

(١٣) النشرة السنوية ، المرجع السابق ، ص ٢٨ .

(١٤) نفس المرجع السابق ، ص ٢٩ .

فئة عمر الزوج بالسنوات	فئة عمر الزوجة بالسنوات				المجموع
	١٥ – ١٩	٢٠ – ٢٤	٢٥ – ٢٩	٣٠ – ٣٤	
– ٢٠	٤	–	–	–	٤
٢٠ – ٢٤	٥	٣	–	–	٨
٢٥ – ٢٩	٣	٢	–	–	٥
٣٠ – ٣٤	–	–	٢	–	٢
٣٥ – ٣٩	–	–	١	–	١
٤٠ – ٤٤	–	–	–	١	١
المجموع	١٢	٥	٣	١	٢١

وإذا كان الجدولان السابقان يوضحان عقود زواج قرابة الدرجة الأولى (١٥٨ حالة بنسبة ١٣,٨٥٪) ، وقرابة الدرجة الثانية (٢١ حالة بنسبة ١;٨٤٪) وبإجمالى ١٧٩ حالة بنسبة ١٥,٦٩٪ من بين ١١٤١ حالة زواج ، فإن الجدول التالى يوضح عقود الزواج بين القطريين الذين لا تربطهم صلة قرابة (زواج اغترابى) والفئة العمرية للزوج والزوجة[١٣] .

(١٣) النشرة السنوية ، المرجع السابق ، ص ٣٠ .

فئة عمر الزوج بالسنوات	فئة عمر الزوجة بالسنوات							المجموع
	١٥ - ١٩	٢٠ - ٢٤	٢٥ - ٢٩	٣٠ - ٣٤	٣٥ - ٣٩	٤٠ - ٤٤	٤٥ - ٤٩	
- ٢٠	٣١	١٣	١	١	-	-	-	٤٦
٢٠ - ٢٤	١٤٦	١٦٨	٣٤	٣	١	١	-	٣٥٣
٢٥ - ٢٩	٩٥	١٥٢	٧٨	٨	١	-	-	٣٣٤
٣٠ - ٣٤	١٥	٤٧	٥١	١٨	١	-	-	١٣٢
٣٥ - ٣٩	٥	١٢	١٢	٥	٣	١	-	٣٨
٤٠ - ٤٤	٢	٣	٣	٥	٤	١	١	١٩
٤٥ - ٤٩	٤	٣	٣	٤	-	-	-	١٤
٥٠ - ٥٤	-	٣	١	٦	٣	-	١	١٤
٥٥ - ٥٩	-	١	-	٢	٣	-	-	٦
٦٠ - ٦٤	-	-	-	٢	٢	-	-	٤
٦٥ - ٦٩	-	-	١	-	١	-	-	٢
المجموع	٢٩٨	٤٠٢	١٨٤	٥٤	١٩	٣	٢	٩٦٢

ومن اللافت للنظر أن البيانات الإحصائية المقارنة بين عامى ١٩٩٠ و ١٩٩١ تدل على زيادة نسبة الزواج القرابى فى عام ١٩٩١ م عما قبله ، وخاصة قرابة الدرجة الأولى . أما قرابة الدرجة الثانية فهى ثابتة نسبياً (١,٨٢٪ ـــ ١,٨٤٪) على حين تقل نسبة الزواج الاغترابى عام ١٩٩١ م (٩٦٢ حالة بنسبة ١٨,٣١٪) عن عام ١٩٩٠ م (٨٧٣ حالة بنسبة ٨٨,٢٧٪) وحسبما يشير الجدول التالى(١٤) :

السنة / صلة القرابة	١٩٩٠		١٩٩١	
	العدد	٪	العدد	٪
قرابة الدرجة الأولى	٩٨	٩,٩١	١٥٨	١٣,٨٥
قرابة الدرجة الثانية	١٨	١,٨٢	٢١	١,٨٤
لاتوجد صلة قرابة	٨٧٣	٨٨,٢٧	٩٦٢	٨٤,٣١
المجموع	٩٨٩	١٠٠,٠٠	١١٤١	١٠٠,٠٠

ولعل المنظور الطبقى يلقى بعض الضوء على هذه الظاهرة . فالمجتمع القطرى يضم مجموعة من القبائل أو العائلات تشكل الطبقة العليا ، ومجموعة أكبر من العائلات تشكل الطبقة الوسطى ، علاوة على مجموعة عائلات محدودة العدد تشكل قاعدة الهرم الطبقى . ولذلك فالطبقة العليا يسودها الزواج الداخلى والقرابى (بين أبناء العمومة والخئولة) . وقد يحدث أحياناً زواج بين عائلات من المستوى الطبقى المتماثل ، وبالتالى فالزواج داخلى فى المستوى الطبقى نفسه . وهنا تتداخل العلاقات القرابية والطبقية وتتشابك لتؤدى فى النهاية إلى وحدة طبقية متماسكة بين مجموعة عائلات تتوارث تقاليد الزواج الداخلى فيما بينها عبر الأجيال .

بينما الزواج بين الطبقة الدنيا خارجى أساساً ، وإن لم يمنع من بعض حالات الزواج الداخلى أو القرابى . على حين تعايش الطبقة الوسطى توازناً فى الاختيار

---

(١٤) النشرة السنوية ، العدد السابع ، مايو ١٩٩١ ، الدوحة ، ص ص ٢٥ـــ٢٨ .

للزواج ما بين الزواج القرابى والداخلى ، وبين الزواج الخارجى والاغترابى نتيجةً لما حققه أعضاؤها من حراك اجتماعى تعليمى وجغرافى واقتصادى ، أتاح الفرصة لظهور المعايير الفردية والحديثة للاختيار الزواجى الخارجى أساساً .

ثالثاً : الزواج القرابى والصحة : الإطار النظرى :

هناك العديد من العوامل التى تشجع على الزواج القرابى ، ومنها العادات والتقاليد التى لا تسمح للخاطب أن يرى خطيبته إلا يوم الزفاف ، مما يجعله يضطر لقبول قريبة له قد شاهدها ، وأفضل من أخرى لم يرها من قبل . وإذا كانت الصحة هى حالة « السلامة البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية وليست مجرد خلو الإنسان من المرض »[١٥] ، فإن سلامة الأبوين الصحية تؤدى — من خلال الزواج — إلى نسل صحيح . فالخصائص الوراثية تنتقل من الأبوين إلى الأبناء عن طريق الصفات التى تحملها الجينات . ويبدأ الجنين بالتقاء خلية واحدة يسهم بها الأب ، وخلية واحدة تسهم بها الأم ، وهى ما يطلق عليه الزيجوت Zygote أو الجينات Genes وهى التى تحدد الصفات الموروثة[١٦] ، وهى موجودة بالكروموسومات Chromosomes .

ويرى كثير من العلماء أن ضعف النسل ، وتدنى قدرته الفعلية يرجع أحياناً إلى عوامل وراثية . ولهذا ينصحون بعدم زواج الأقارب خاصة من الدرجة الأولى ، فتنتقل إلى الذرية كل الصفات السيئة فى الأصول القريبة[١٧] ، وبعض الخصائص الضعيفة فى الأصول البعيدة .

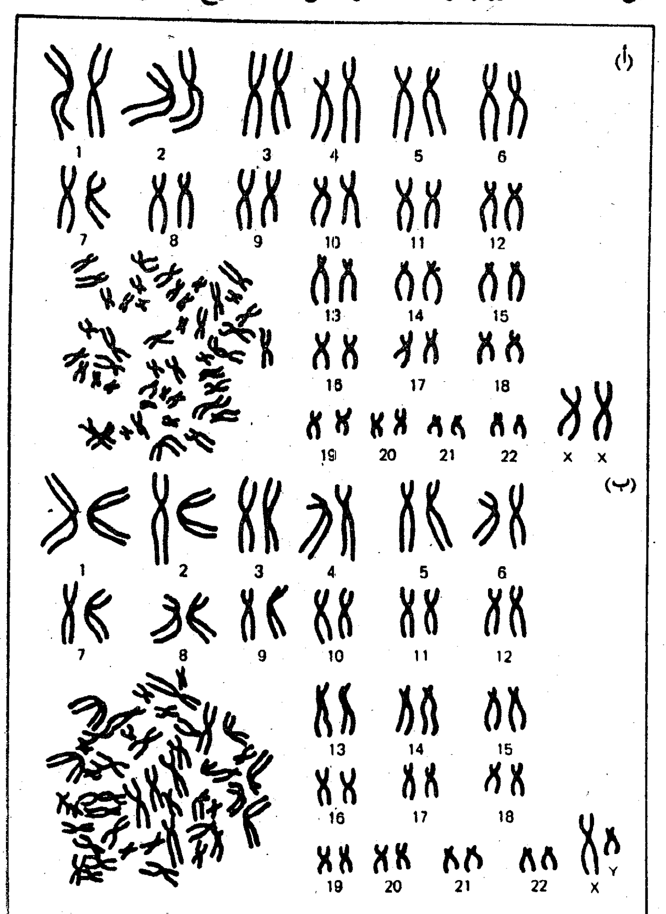
وتنطلق الدراسة من نظريات الوراثة التى تدور حول انقسام الخلية فى الإنسان حيث يوجد فيه ٤٦ كروموسوماً تترتب فى ٢٣ زوجاً مختلف الحجم والمظهر . وبعض هذه الأزواج يمكن معرفته — كما فى الشكل (أ و ب) . ويوجد فى الأنثى ٢٣ زوجاً متماثلا من الكروموسومات ، أما فى الذكر فيوجد ٢٢ زوجاً من الكروموسومات المتماثلة ، بالإضافة إلى زوج من الكروموسومات غير المتماثلة فى الطول . والكروموسومات غير المتماثلة فى الذكور ترجع إلى وجود كروموسومى

(١٥) د. على المكاوى ، علم الإجتماع الطبى ، مرجع سابق ، ص ٥٨

(١٦) Nelson, TexBook of Pedratrics, (12th, ed.), Vol. 1, New York, 1979, p. 291.

(١٧) د. عزيز الخشن ، الوراثة ، ط ٣ ، بدون ناشر ، القاهرة ، ١٩٧٩ ، ص ٢٨٢

X و Y ، أما التماثل فى الإناث فيعود لوجود زوج متماثل من كروموسوم X . ومن البديهى أن هذه الكروموسومات مسئولة عن تحديد نوع الجنس(١٨) .



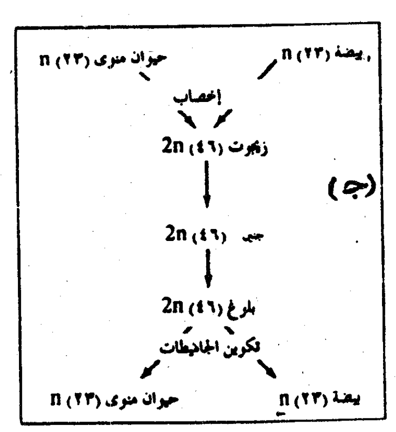
شكل ٢ـ١ : كروموسومات الإنسان

(أ) خلية انثوية عادية بها ٤٦ كروموسوم والطرز النووى الأنثوى (XX)

(ب) خلية ذكرية عادية بها ٤٦ كرومرسوم والطرز النووى الذكرى العادى (XY)

(١٨) فى إرمان وبيتر بارسونز ، وراثة وتطور السلوك ، ترجمة الدكاترة أحمد شوق حسن ورمزى السعدوى ، دار ماكجر وهيل للنشر ، القاهرة ، ١٩٨٥ ، ص ٢٤ .

وخلال تكوين الحيوانات المنوية والبويضات أو ما يعرف بتكوين الأمشاج (أو الجاميطات Gametes) يختزل عدد الكروموسومات إلى النصف ، فتمثل كل الكروموسومات المختلفة فى الجاميطة Gamete الواحدة التى يوجد بها عضو واحد من كل أزواج الكروموسومات . ومعنى هذا أن جاميطات الذكر إما أن يوجد بها كروموسوم X أو Y وليس الاثنين معاً (بالنظر إلى X و Y كزوج) . وفى الإخصاب تتحد جاميطتان تحتى كلتاهما على ٢٣ كروموسوم لتكوين خلية مخصبة بها ٢٣ زوجاً أو ٤٦ كروموسوماً مرة أخرى[١٩] ، ويوضحها الشكل (جـ) .



ويُعرف العدد الكروموسومى ٢٣ـ الموجود بالجاميطة ـ بالعدد الأحادى (n) ، أما العدد الموجود بالزيجوت (٢ × ٢٣ = ٤٦) فيُعرف بالعدد الثنائى (2n) . وعلى ذلك تكون كروموسومات الأنثى = ٢٢ + XX ، والذكر ٢٢ + YX فيصير لدينا ٢٢ زوجاً من الكروموسومات الجسمية ، مضافاً إليها كروموسومات الجنس X و Y .

والواقع أن حقائق الوراثة من الأمور المألوفة لدرجة أن الإنسان قد اعتبرها مسلمةً منذ أمدٍ بعيد . ولذلك يقول المثل « إن الشبيه يعطى الشبيه » . فالأطفال

(١٩) وراثة وتطور السلوك ، المرجع السابق ، ص ص ٢٤ـ٢٩ . وانظر أيضاً
Nelson, Op., Cit., p. 295.

مطبوعون بالطابع الإنسانى ويشبهون آباءهم وأشقاءهم فى نواحٍ خاصة[٢٠] . كذلك يظهر التنوع ويستمر داخل الأسرة أو السلالة ، فيحتاج إلى فهم الوراثة فى ضوء نظريات علم الحياة .

وتذهب نظريات الوراثة إلى وجود مجموعة من الجينات عند الإنسان ، يدل سلوكها على أنها محمولة على كروموسوم الجنس X ، أى أنها جينات مرتبطة بالجنس . فبويضة المرأة تحتوى على ٢٢ كروموسوم جسمى وعلى كروموسوم X . والجنس الذى يكوِّن نوعاً واحداً من الجاميطات من حيث ما بها من كروموسومات يسمى الجنس متماثل الجاميطات homogametic sex . أما الحيوان المنوى عند الرجل فيكوِّن نوعين من الجاميطات بالنسبة لما بها من كروموسومات وهو الجنس مختلف أو مختلط الجاميطات hetrogametic six . وقد أوضحت دراسات هذه الجينات وصفاتها أن القواعد الوراثية ترتبط بسلوك الصفات المتنمية المعتمدة على الجنس ومنها عمى الألوان على سبيل المثال[٢١] .

فإذا تزوج رجل مريض بعمى الألوان بامرأة صحيحة النظر ، كان الأبناء والبنات جميعاً (النسل) سليم النظر فى الجيل الأول ، ولكن فى الجيل الثانى يكون البنات سليمة ، ويكون نصف الذكور سليماً ، أما النصف الآخر فهو يعانى من المرض . أما إذا كان الزواج بين أنثى مريضة بعمى الألوان Colour blindness وبين رجل سليم فتكون الأبناء كلها مريضة بعمى الألوان ، فى حين تكون البنات سليمة النظر . ويتكون أفراد الجيل الثانى من بنات مريضة وبنات سليمة بأعداد متساوية ، ومن أولاد مريضة وأولاد سليمة بأعداد متساوية أيضاً ، وكما يلى :

زوج سليم	X	زوجة عمياء الألوان	P_1
ذكور عمياء الألوان	:	إناث سليمة النظر	F_1
أنثى سليمة : أنثى عمياء	:	ذكر سليم : ذكر أعمى	F_1
١ : ١	:	١ : ١	

وتذهب نظريات الوراثة إلى وجود طريقتين للتزاوج ؛ أولاهما هى زواج الأقارب

(٢٠) سينوت وزملاؤه ، أساسيات علم الوراثة ، ترجمة الدكتور عبد العزيز مصطفى عمر وزملائه ، ط ٣ . دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٥ ، ص ١ .

(٢١) د. عزيز الخشن ، مرجع سابق ، ص ص ٩٧—٩٩

Inbreeding ، وثانيتهما زواج الأباعد Outbreeding (أو الزواج الاغترابى فى علم الأنثروبولوجيا) . ويعنى الزواج القرابى اشتراك الزوجين فى عدد من الأجيال القليلة السابقة مباشرة لجيلهما . أما الزواج الاغترابى فيعنى عدم وجود آباء مشتركة مباشرة أو غير مباشرة للزوجين .

والواقع أن الأخذ بالزواج القرابى لعدة أجيال متتالية ، يؤدى إلى آثار سلبية بين النسل ، ومنها نقص الخصوبة ، وزيادة معدلات العقم ، وزيادة فى معدل الاستعداد للإصابة بالأمراض ، كالتخلف العقلى Down (أو الطفل المغولى) أو نقص الحيوية أو العيوب الخلقية(٢٢) . ولكن ليس الزواج القرابى دائماً يؤدى إلى هذه الآثار السلبية ، إذ أن هناك حالات عديدة منه لم تؤد إلى نتائج مَرَضية سيئة . وعلى هذا فهناك إتجاهات فى نظريات الوراثة حول الزواج القرابى : **الإتجاه الأول** يتمثل فى نتائج غير مرغوبة كالأمراض العقلية والخلقية ، **والإتجاه الثانى** يتمثل فى نتائج جيدة أو على الأقل لا تظهر فيها صفات غير مقبولة . والحقيقة فى الحالتين أن الزواج القرابى — فى حد ذاته — لا يؤدى إلى نتائج سلبية أو ايجابية ، ولكن ينحصر دوره فى تماثل الجينات أو التراكيب الوراثية ، أو على الأقل فى تماثل عدد كبير منها .

وعلى هذا توجد **نظريتان** تفسران قوة النسل ، أساسهما أن التفوق والقوة تصاحب دائماً حالة الخلط أو الزواج الاغترابى .

النظرية الأولى : وهى نظرية السيادة الفائقة Overdominance وهى تفسر قوة النسل بالتفاعل بين الأليلات alleles(٢٣) ، فعند وجود إليلين لموقع واحد مثل a_1 و a_2 ، فإن الحالة الخليطة a_1 a_2 أفضل من أى حالة أصلية سواء كانت a_1 a_1 أو a_2 a_2 . وتسمى هذه الظاهرة بسيادة الخليط (بالزواج الاغترابى) على الأصيل (بالزواج القرابى) أى السيادة الفائقة . وهى ترجع إلى أن كلاً من a_1 و

(٢٢) أنظر : Nelson, Op. Cit., pp. 296-298.

(٢٣) الأليل allele هو الجين البديل لجين آخر أو هو عكسه فى الصفات الوراثية . فالجين s مثلاً هو شكل بديل للجين S فيقال عنهما أليلان alleles فالجين S أليل للجين s ، والجين s أليل للجين S .
أنظر التفاصيل فى :
= سينوت وزملاؤه ، مرجع سابق ، ص ص ٢٣٦—٢٤٠ .
= د. عزيز الخشن ، مرجع سابق ، ص ٣٢ .
= إرمان وبارسونز ، مرجع سابق ، ص ص ٣٦—٣٧ .

a_2 يقوم بعمل مختلف عن الآخر ، وأن مجموع فعلها أو نواتجها هى التفاعل بين جينات سائدة مختلفة ، فى تفسير قوة النسل . وترى النظرية تفسير قوة النسل دون الحاجة إلى فرض حالة خاصة من السيادة باعتبار أن الجينات التى تؤدى إلى التفوق جينات أغلبها سائدة ، بينما غالبية الجينات المتنحية تؤثر بكيفية غير مرغوب فيها . ففى حالة الزواج الاغترابى يمكن للجينات المتنحية ذات الآثار الضارة أن تزداد تركيزاً ، ثم تختفى فى ظل أليلاتها العادية السائدة . أما الجينات السائدة الضارة فهى تُستبعد بسرعة نتيجة للانتخاب ضدها . وفى حالة الزواج القرابى ، نجد أن الجينات المتنحية الضارة نفسها لا تتركز لدرجة كبيرة ، حيث أنها تؤدى إلى تكوُّن مجاميع أصيلة وبالتالى إلى ظهور الجينات المتنحية والانتخاب الطبيعى ضدها . وهكذا لا تعطى هذه النظرية لحالة الخلط ـــ فى حد ذاتها ـــ أهمية كبيرة ، وإنما تُعلى من شأن زيادة عدد العوامل السائدة .

ومن ناحية أخرى تلقى نظريات الوراثة الضوء على الأمراض الوراثية الناجمة عن الزواج القرابى . وتذهب منذ البداية إلى أن الصحة والمرض حالتان مظهريتان وليستا نتيجة للتركيب العاملى Genotype وحده . ويدل مفهوم المرض الوراثى عند عامة الناس على عِلةٍ خِلْقِيةٍ لا برء منها ، ولعل هذا المفهوم الشعبى نشأ نتيجة لعدم التمييز بين التركيب العاملى وتعبيره المظهرى Phenotype . وهنا يجب التدقيق والحرص فى التمييز بين المرض الوراثى وغير الوراثى والاهتمام بالمظهر ـــ الذى يعد نتيجة للوراثة ونتيجة للبيئة أيضاً ويمكن أن يتحوَّر بأيهما . فالملاريا والحصبة والزهرى أمراض غير وراثية ، فكل الناس معرضون للإصابة بها ، كما أن الإصابة بها تعتمد على توفر البيئة . ولكن هذه الأمراض تصيب فقط الإنسان ، وقليلاً من الحيوانات الأخرى . لهذا لا يُصاب بالملاريا إلا الحاملون لتراكيب عاملية بشرية ، كما لا تتساوى هذه التراكيب ، فى قابليتها للإصابة(٢٤) .

وفيما يلى إشارات سريعة للأمراض الوراثية ـــ الناجمة عن الزواج القرابى ـــ فى ضوء نظريات الوراثة :

١ـــ **التخلف العقلى Down's Syndrome** أو ما كان يُعرف سابقاً بالعبط المغولى Mongolism أو Mongoloid : وهو يحدث نتيجة لتراكيب كروموسومية غير عادية مثل XYY الذى يعطى ذكوراً متخلفين عقلياً يتصفون بطولٍ غير

(٢٤) أساسيات علم الوراثة ، مرجع سابق ، ص ٤٣ .

عادى ، وبميول عدوانية ضد المجتمع ، وصغر حجم المخ وصمم فى الأطفال[٢٥] . وترجع هذه الحالة إلى خلل فى الكروموسوم ٢١ ـــ وهو أتوسوم autosome صغير ـــ بحالة ثلاثية . وتتمثل أعراضه فى شكل العيون الذى يشبه عيون الجنس المغولى ، وقصر القامة والتخلف العقلى والجمجمة القصيرة العريضة والأيدى القصيرة وغيرها[٢٦] . ويلاحظ أن ٤٠٪ من هذه الحالات تولد لسيدات فوق سن الأربعين .

٢ـــ الهيموفيليا Hemophilia : (سيولة الدم) وهى مرض وراثى قاصر على الرجال فقط . وهؤلاء ينحدرون دائماً من أمهات صحيحات ولكنهن ناقلات لجين الهيموفيليا المتنحى . ويرجع هذا المرض أساساً إلى عدم تجلد دم المصابين به عند تعرضه للهواء . على حين يحد تجلط الدم عند الأشخاص الأصحاء من إدماء الجروح فيمنع النزيف الزائد الذى قد يؤدى إلى الموت بنسبة عالية جداً . وخاصة فى مرحلة الطفولة . وعندما يتزوج هذا المصاب ، فإن بناته جميعهن يكن صحيحات الدم ، ولكنهن ناقلات للمرض ويورّثنه لنصف أولادهن (أحفاد المصاب)[٢٧] .

٣ـــ عَتَه المراهقة والحلال البصر Juvenile amaurotic idiocy : وهو من الجينات المميتة فى الإنسان . فعند الولادة يبدو الأطفال الأصليون لهذا الجين طبيعيين ، غير أن النظر يبدأ فى الضعف بين سن الرابعة والسابعة وينتهى تدريجياً بالعمى . ويؤدى تدنى القوى العقلية والبدنية حتماً إلى الوفاة قبل البلوغ أو أثناءه . وهناك جين آخر متنح ومميت يسبب فى الحالة الأصيلة ما يسمى بمرض (تاى ـــ ساكس Tay-Sachs discase) أو عَتَه الأطفال المصحوب بانحلال البصر infantile amaurotic idiocy ، وينتهى بالوفاة المبكرة للأفراد الأصليين[٢٨] .

٤ـــ أنيميا الخلايا المنجلية Sickle cell anemia : وهو مرض ينتشر فى بعض المناطق الأفريقية ويُورّث كصفة بسيطة متنحية . وفيه يتغير شكل خلايا الدم

---

(٢٥) الوراثة ، مرجع سبق ذكره . ص ٢٩١ .

(٢٦) أنظر Nelson, Op. Cit., p. 296.

(٢٧) سينوت وزملاؤه ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٤١ .

(٢٨) المرجع السابق ، ص ٢٠٢ .

الحمراء إلى شكل هلالى أو منجلى Sikle فى الأفراد الأصلية . أما الأفراد الخليطة فلا يتغير شكل الخلايا عادة إلا تحت تركيز أكسجين منخفض . ولهؤلاء الأفراد ميزة إنتخابية كبيرة ، إذ لا يصابون بالملاريا التى تنتشر فى هذه المناطق(٢٩) . وهناك حالة مماثلة تعرف بأنيميا البحر المتوسط The alassemia أو microcytemia اكتشفت لوجود خلايا دم حمراء شاذة فى الأفراد الخليطة . ويسبب الجين فى الحالة الأصيلة أنيميا مميتة (أنيميا كولى Cooley's anemia) . وكان المعتقد أنها توجد أساساً بين سكان الأقطار القريبة من البحر المتوسط ، من الإيطاليين واليونانيين والسوريين والمصريين ، ولكنها وُجدت أيضاً فى إيران والهند وتايلاند .

٥ـ الصرع Epilepsy : وهو مرض ترتفع نسبة الإصابة به فى حالة زواج الأقارب siblings أو الأفراد الحاملين لعامل الصرع فى العائلة . ويتراوح هذا الخطر بين ٦٪ و ٨٪ (بالمقارنة بالنسبة ٢٪ إلى ٣٪ التى توجد فى المجتمع ككل) . والواقع أن الصرع ينتج عن أسباب متعددة ، كما أنه عَرَضٌ لخلل عقلى وليس مرضاً بالمعنى الدقيق . وينشأ الصرع بسبب إصابة المخ بالأمراض المُعدية أو حدوث إصابة بالرأس ، أو الإصابة بأمراض الأوعية المخية ، أو حدوث حالات التسمم ، أو التعرض لحمى ترفع درجة الحرارة كثيراً ...(٣٠) . وتبلغ احتمالات الإصابة به ١٪ فى سن العشرين ، و ٢٪ فى سن الأربعين ، و ٣,٥٪ فى باقى سنوات العمر حتى الوفاة . كما يحتمل ارتفاع معدل ظهوره بين الأقارب ، عندما يكون أحد الأبوين مصاباً به ، أو يكون المصاب به قد تزوج فى سن مبكرة ، أو حينما يحدث شذوذ كروموسومى يؤثر على الجهاز العصبى ، وتساعده بعض الأمراض الخِلْقِية .

٦ـ سرطان الشبكية Retinoblastoma : وهو مرض وراثى ينشأ عن جين سائد آخر فى الإنسان ، يسبب أوراماً خبيثة فى العين ويؤدى فى كل الحالات تقريباً إلى الوفاة فى مرحلة الطفولة المبكرة . وقد يجتاز الطفل المصاب المرحلة الحرجة للمرض ، وينمو حتى البلوغ . وبالتالى فالجين هنا ليس مميتاً ، وإنما هو شبه مميت مثل الجينات المسببة لأنيميا الخلايا المنجلية ، وأنيميا البحر المتوسط(٣١) .

(٢٩) د. عزيز الخشن ، مصدر سابق ، ص ٢٩٢ .

(٣٠) وراثة وتطور السلوك ، مرجع سابق ، ص ٣٩٤ .

(٣١) سينوت وزملاؤه ، أساسيات الوراثة ، مرجع سابق ، ص ٢٠٧ .

٧ـ **انخفاض معدل الذكاء I.Q.** : للوراثة دور ملحوظ في معدل الذكاء ، بحيث تزداد أهميته عن دور البيئة . والواقع أن الذكاء الإنسانى تحكمه التنظيمات الاجتماعية والثقافية . وهذا ما أكدته الدراسات التى أجريت على التوائم ، وخلصت إلى وجود تلازم وراثى بيئى ، كالتلازم بين الذكاء والمستوى الطبقى والبيئة والعوامل الوراثية .

٨ـ **التشوهات الخلقية Genetic drift** : وهى نتاج لتغيرات كروموسومية كالمتضاعفات الثنائية /الثلاثية أو الأفراد الموازيكية (وهى أنسجة مختلفة التركيب الكروموسومى لشذوذ فى انقسام الخلية الجسمية مبكراً فى حياة الفرد) . ويمكن لهؤلاء الأفراد أن يعيشوا ولكنهم يعانون من نقص عقلى وطبى . وتشكل التشوهات الخلقية نسبة ١,٢٪ من مجموع المواليد عموماً[٣٢] . وتتمثل أساساً فى تشوهات الجهاز العصبى المركزى المؤثر على السلوك ، كتشوهات غياب المخ Anencephaly والعمود الفقرى Spina bifida ، وتبلغ نسبة انتشارهما فى بريطانيا ٠٣٪ (فى الألف) لكل منهما بين المواليد . كذلك التشوهات بالقلب (٠١٪) والشفه الأرنبية مع وبدون شق سقف الحلق Cleft lip and palate (٠١٪) ، وتبلغ نسبتها بين الأقارب ٣٥ ضعف حدوثها فى المجتمع ، أما تشوهات غياب المخ والعمود الفقرى فتصل إلى ٨ أضعاف . كما تحدث تشوهات أخرى كالأرجل المعوجة (٠١٪) ، وضيق الفتحة البوابية (٠٣٪) ، وتشوه موضع مفصل الفخذ (٠١٪) . والمؤكد أن عوامل الوراثة ـــ الناجمة عن الزواج القرابى ـــ تلعب دوراً أساسياً فى هذه التشوهات .

٩ـ **عيوب النطق (التهتهة)** : وتسمى أيضاً « التأتأة » أو « اللجلجة » ، وهى طراز معين من عيوب النطق التى تبدأ فى الظهور أثناء الطفولة وتستمر حتى مرحلة البلوغ فى حوالى ٢٠٪ من الحالات . وللجنس تأثير واضح حيث يُصاب الذكور بمعدل أكبر أربعة أضعاف عن الإناث . وترتبط « التأتأة » ارتباطاً شديداً بالأسرة وتلعب فيها العوامل البيئية والعوامل الوراثية دوراً ملحوظاً ، وبالتالى يمكن تفسيرها فى ضوء تعدد العوامل multifactorial ، واحتمالية إرجاع العوامل الوراثية كليةً إلى الثقافة Culture وإلى نظام الجينات المتعددة Polygenic من مستويين أعلاهما للإناث[٣٣] . فالإناث اللاتى يعانين من « التأتأة » يكون لهن أقارب

(٣٢) إرمان وبارسونز ، مرجع سالف الذكر ، ص ٩٤ و ١٩٨

(٣٣) المرجع السابق ، ص ٣٧٣ .

تشيع فيهم هذه الحالة بمعدل أعلى من نظيره فى عائلات الذكور . وفى المستوى الأعلى تكون الإناث أقل إصابةً « بالفأفأة » ، وتعتبر مَنْ أصيبت فعلاً بهذا العيب ذات حمل وراثى أكبر more gentically loaded .

١٠ــ عامل .Rh : وهو أنتيجين يوجد فى دم بعض الأشخاص دون غيرهم ويختلف عن كل الأنتيجينات A و B ، وكذلك M و N إذ لا توجد أجسام مضادة طبيعية له فى مصل الأشخاص السالبة ــ Rh . ولكن يستطيع هؤلاء الأشخاص تكوين أجسام مضادة لو عرضت للأنتيجين . ولذلك لو نُقل دم من شخص + Rh إلى شخص - Rh ، فإن الأخير يكوّن أجساماً مضادة للأنتيجين Rh ، مما لا يشكل صعوبة فى بادىء الأمر . إذ أن الخلايا المنقولة تتكسر قبل أن يصل تركيز الأجسام المضادة إلى القدر الذى يؤدى إلى التجمع . ولو تكرر نقل الدم بعد فترة ، يحدث التجمع ويموت الشخص . ولا يجب بالتالى إعطاء دم + Rh لشخص سالب - Rh فى أى وقت ، كما أصبح اختيار Rh ضرورياً الآن قبل نقل الدم[٣٤] .

وقد يموت الجنين أو الطفل عند الولادة أو بعدها بقليل بحكم عدم التوافق فى Rh . فعندما تحمل إمرأة - Rh بطفل + Rh ، فإنها تبدأ فى انتاج أجسام مضادة للأنتيجين Rh الموجود فى خلايا الجنين الحمراء مما يؤدى إلى تجمعها وموت الجنين أو ولادة طفل يعانى من فقر دم شديد يموت بعد فترة قصيرة ، إذا لم تُتخذ احتياطات مناسبة . ولا يتأثر الطفل الأول غالباً بهذه الصعوبات لأن الأجسام المضادة فى دم الأم لا تكون كافية فى بادىء الأمر . لكن الصعوبة تبدأ مع الحمل الثانى لو كان الطفل موجباً + Rh والأم سالبة - Rh . وفى حالات كثيرة تحمل امرأة سالبة بطفل موجب دون حدوث مضاعفات سيئة ، لعدم وجود تبادل بين دم الأم وجنينها . فحالات عدم التوافق تنتج عن حركة الجنين فى الأشهر الأخيرة مما قد يؤدى إلى تمزيق بعض الشعيرات الدموية ، ومرور بعض دم الجنين إلى جسم الأم .

وتذهب نظريات الوراثة إلى أن هناك أمراضاً أخرى تنتج عن الزواج القرابى وبفعل قوانين الوراثة . ومن ذلك البول الأسود alcaptonuria وهو يرجع لاختلال

(٣٤) الوراثة ، مصدر سبقت الإشارة إليه ، ص ٢٩٦ .

فى تمثيل الفينيل آلانين والتيروسين tyrosine نتيجةً لجين أتوسومى متنحى . والصرع الورمى epiloia الذى ينشأ عن جينات شبه مميتة سائدة فى الإنسان ويحمل المصابون به جيناً يسبب نقصاً شديداً فى القوى العقلية ، وغواتٍ شاذة على الجلد ، وأوراماً فى الأعضاء الداخلية . إضافة إلى مرض الفصام Schizophrenia المصحوب باضطرابات فى التفكير ، والإدراك ، والإستجابات العاطفية . وتفسر نظريات الوراثة هذا المرض بفعل جين واحد monogenic حيناً ، وبفعل جينات متعددة Polygenic حيناً آخر ، وذلك نتيجة لزواج الأقارب sibling وينتشر بسببه بنسبة تتراوح ما بين ١٠٪ و ١٥٪[٣٥] .

وفى ضوء هذا الكم الهائل من الأمراض الناجمة عن الزواج القرابى ـــ كما تحدده قوانين الوراثة ونظرياتها ـــ وفى ضوء هذه النظريات المتعددة ؛ فإننا نشتق منها بعض التساؤلات حول الوراثة والزواج القرابى ، وأثر ذلك كله على الصحة ، كما يلى :

١ـــ ما هى الآثار السلبية للزواج القرابى على صحة الأبناء فى قطر ؟
٢ـــ هل هناك علاقة بين الإعاقة والزواج القرابى فى المجتمع القطرى ؟
٣ـــ ما هى الآثار الصحية الإيجابية للزواج القرابى فى قطر ؟
٤ـــ ما هو دور البيئة والثقافة فى نشر المرض بين الأقارب فى المجتمع القطرى ؟
٥ـــ كيف يواجه المجتمع القطرى الأمراض الوراثية ؟ وما هى البرامج الصحية والمؤسسات الخدمية التى تعالج هذه الأمراض ؟

* * *

رابعاً : الإطار المنهجى لموضوع الدراسة :

تستهدف الدراسة فهم طبيعة تأثير الزواج القرابى (المتغير المستقل) على الصحة (المتغير التابع) فى المجتمع القطرى ، سلباً وإيجاباً . ولا يتسنى الوصول إلى هذا الهدف إلا من خلال إجراء مسح شامل لأنماط الأمراض السائدة ككل ، وتصنيفها حسب أسبابها ، ثم الاقتصار على الأمراض الوراثية الناجمة عن الزواج القرابى فى ضوء نظريات الوراثة ، علاوة على استجلاء دور هذا الزواج فى

(٣٥) بارسونز وآخر ، مرجع سابق ، ص ص ٤٠٤ـــ٤٠٦ .

إكساب الأبناء مثلاً مناعة ضد أمراض معينة ، أو وراثة خصائص فيزيقية وعقلية مرغوبة من خلال جينات الوراثة ، والاستعانة بالأطباء فى هذا الشأن .

إلا أن هناك صعوبات منهجية عديدة تكتنف إجراء مثل هذه الدراسة فى المجتمع القطرى ومنها :

١ــ صعوبة إجراء مقابلات مع الأسر ذات الزواج القرابى للتعرف على آثاره على صحة الأبناء .

٢ــ تعذر مقابلة المصابين بالأمراض الوراثية بمؤسسات رعاية المعوقين للتعرف على أسباب الإعاقة ، وبالتالى معرفة دور الوراثة فيها .

٣ــ صعوبة توفير بيانات حول خصائص الحالات المَرَضِية أو خصائصها الاجتماعية والعمرية والنوعية وخلفياتها الأسرية .

وفى ضوء طبيعة الدراسة وأهدافها ، ونوعية الصعوبات القائمة تمثلت الطرق والأدوات المنهجية التى اعتمدنا عليها فيما يلى :

١ــ المسح الاجتماعى : وقد طبقنا هذه الطريقة على المؤسسات الطبية والاجتماعية التى تقدم الخدمة لذوى الأمراض الوراثية وخاصة الأشكال المختلفة للإعاقة ، وذلك للتعرف على أسباب هذه الأمراض ، وعدد المصابين بها . وقد ساعدتنا هذه الطريقة على التغلب على صعوبات إجراء المقابلات مع الأسر أو الحالات ذاتها ، وعلى معرفة بعض الأمراض الوراثية الناجمة عن الزواج القرابى ، ومن خلال التشخيص الطبى المدوّن فى الملفات .

وقد أسفر المسح عن وجود المؤسسات التالية بمدينة الدوحة :

١ــ مدرسة التربية الفكرية للبنات .
٢ــ مدرسة الأمل للبنات .
٣ــ مدرسة الأمل للبنين : (فكرى (تخلف عقلى) وسمعى (صم وبكم) .
٤ــ وحدة رعاية وتأهيل الأطفال المعوقين بقسم الأطفال بمؤسسة حمد الطبية .
٥ــ قسم الأطفال المعوقين بمستشفى الرميله .
٦ــ جمعية الهلال الأحمر القطرى .
٧ــ الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين .

٢ـ المقابلة : وهى أداة منهجية تفيد فى جمع المادة الميدانية عن موضوع الدراسة . وقد تعذر تطبيقها على أرباب الأسر القطرية القائمة على الزواج القرابى لحساسية هذا الموضوع لديهم(*) . وبالتالى اقتصر استخدام المقابلة على الأطباء والممرضات والقائمين بتقديم الخدمات الاجتماعية للمعاقين ، لمعرفة أسباب حالات الإعاقة ، وهل للزواج القرابى دور فيها أم لا .

٣ـ الطريقة الإحصائية : وقد اعتمدنا عليها فى العرض الإحصائى للزواج فى قطر ، والزواج القرابى ومعدلاته خلال عامى ١٩٩٠ و ١٩٩١ وفئاته (من الدرجة الأولى والدرجة الثانية) بالنسبة للزواج الاغترابى . كذلك أمدتنا هذه الطريقة بتحليل إحصائى للأمراض الوراثية (وخاصة الناجمة عن الزواج القرابى ، والتى تجسدها حالات الإعاقة) ، وذلك من خلال الإحصاءات المتاحة عن مدارس التربية الفكرية وأقسام الأطفال بمؤسسة حمد ومستشفى الرميلة ، علاوة على جمعيات الهلال الأحمر القطرى .

٤ـ التقارير الذاتية : وهى أداة منهجية بديلة للتغلب على صعوبة جمع المعلومات الميدانية . ولا نستطيع أن نسميها « الاستكتاب » ولا « دراسة الحالة » . والمقصود بها الاعتماد على أشخاص معينين من المجتمع المدروس ، وبتصبيرهم بموضوع الدراسة وتوضيح أهدافه لهم ، ثم يُطلب منهم كتابة تقارير تحوى بيانات عامة عن نمط الزواج فى الأسرة ، وعدد الأبناء وحالتهم الصحية ، وعدد الأسوياء منهم والمرضى بأمراض وراثية كالصمم أو التخلف العقلى أو الشلل أو الصرع أو أى شكل آخر من أشكال الأمراض الوراثية الناجمة عن الزواج القرابى ، ومعرفة التشخيص الطبى للحالة . وقد اعتمدنا على بعض طالبات قسم الاجتماع للقيام بهذه التقارير عن حالات فى أسر يعرفونها أو يتيسر لهم الحصول على المعلومات المطلوبة . ومع ذلك فكان العائد محدوداً .

مجالات الدراسة الميدانية : ونعرض فيها للمجال الزمانى والمكانى والبشرى :

(أ) المجال الزمانى :

طرأت فكرة هذه الدراسة فى ثنايا دراسة سابقة لنا عام ١٩٨٩ بمحافظة البحر

(*) حاولنا الاعتماد على بعض طالبات قسم الاجتماع لاجراء المقابلات مع ربات البيوت ، أو تطبيق دراسات الحالة ، ولكن حالت طبيعة المجتمع القطرى دون ذلك

الأحمر(٣٦) ، اتضح خلالها دور الزواج القرابى فى ظهور أمراض وراثية عديدة وأكثرها بروزاً حالات الإعاقة السمعية والبصرية والجسمية والفكرية . وقد امتد الاهتمام بالفكرة وتطورها وتدعيمها بالإطار النظرى بالاعتماد على علوم الوراثة والطب والأنثروبولوجيا الطبية ، ومحاولة تطبيقها على المجتمع القطرى . وقد استغرقت الدراسة العام الجامعى ١٩٩٠ /١٩٩١ ، وبداية العام الدراسى التالى .

(ب) المجال المكانى :

وهو يتحدد فى أحياء مختلفة بمدينة الدوحة العاصمة ، علاوة على مؤسسات رعاية المعاقين بمؤسسة حمد الطبية ، ومستشفى الرميلة ومدارس التربية الفكرية بالعاصمة .

(جـ) المجال البشرى :

وهو يضم مجموعات الأطفال (من البنين والبنات) بأقسام رعاية وتأهيل الأطفال بمؤسسة رعاية المعاقين . وقد اعتمدنا فى دراسة هؤلاء على معرفة التشخيص الطبى للحالات ، وعلاقته بالزواج القرابى . كما شمل المجال البشرى أيضاً بعض الأسر القائمة على الزواج القرابى بمدينة الدوحة ، للتعرف على أثر هذا الزواج على صحة الأبناء سلباً وإيجاباً ، ومقارنة ذلك بأسر أخرى قائمة على الزواج الاغترابى ، وهذا ما سنناقشه فى الفقرات الميدانية التالية :

* * *

خامساً : الآثار الصحية السلبية للزواج القرابى :

نعرض فى هذه الفقرة لمجموعة الآثار الصحية السلبية الناجمة عن الزواج القرابى من واقع الدراسة الميدانية ، وللإجابة على التساؤل الأول المراد فى الإطار التصورى . فإذا كانت الوراثة هى القوة الطبيعية التى تنقل صفات الأصل إلى الفرع ، فإنها إذن مجموعة المميزات التى تتركز فى البويضة المخصبة التى تنمو ثم تنقسم إلى خليتين . ثم تنقسم الخليتان بنموهما إلى أربع خلايا . ثم تصبح الخلايا الأربع ثمانى ، والثمانى ست عشرة فاثنتين وثلاثين فأربعاً وستين ... وهكذا حتى يتكون الجسم البشرى من ملايين الخلايا التى يتخصص بعضها فيصبح خلايا القلب ، وأخرى الكبد ، وثالثة الجلد ، ورابعة الأعصاب ... وهكذا .

(٣٦) د. على المكاوى ، البيئة وأنماط المرض ، مرجع سابق ، ص ص ١٨-١٩ .

إن الحيوان المنوى والبويضة المخصبة تُنتجان نواة فرد جديد ، وتقرران مصيره ؛ ذكراً أو أنثى ، قصيراً أو طويلاً ، ذكياً أو غبياً ، فاعلاً أو خاملاً ، أزرق العينين أو أسودهما ، أسود أو أبيض . إذن تتركز كل ملامح الفرد ومميزاته فى هذه الخلية التى لا يمكن تغيرها . والطفل يرث $\frac{١}{٢}$ صفاته الموروثة عن الأب والأم ، ويرث $\frac{١}{٤}$ الصفات الوراثية عن جده وجدته لكل من أبيه وأمه ، وهكذا تسير الصفات الموروثة عن الجدود فى شكل متوالٍ قوامه :

$$\frac{١}{٢} ، \frac{١}{٤} ، \frac{١}{٨} ، \frac{١}{١٦} ، \frac{١}{٣٢} ، \frac{١}{٦٤} ... الخ .$$

ومن خلال المسح الاجتماعى للمؤسسات التى ترعى ذوى الأمراض الوراثية ــ ومنها حالات الإعاقة المختلفة ــ يتضح لنا سيادة الأمراض التالية الناجمة عن الزواج القرابى وحسب البيانات المتاحة :

١ــ التخلف العقلى Mental retard : وهو نمط شائع من الأمراض الوراثية بين جمهور مؤسسات التربية الفكرية (للبنين والبنات) وتأهيل المعاقين عموماً . وهو يحدث نتيجة لتراكيب كروموسومية غير عادية مثل XYY فى الكروموسوم رقم ٢١ . ويسمى هذا المرض أيضاً « بالطفل المغولى Mongolism » أو داون Down . وتدل المادة الميدانية المتاحة على زيادة أعداد المصابين بالتخلف العقلى ، حيث يبلغ عشر حالات من (١٤ حالة) تعانى من الأمراض الوراثية بقسم تأهيل الأطفال بمؤسسة حمد الطبية التى تضم (٢٤) حالة منها (١٤) أمراض وراثية بينها (١٠) حالات تخلف عقلى ، أى بنسبة ٧١,٤٣٪ ، وبنسبة ٤١,٦٧٪ من إجمالى الحالات .

وفى مستشفى الرميلة توجد (٥١) حالة تخلف عقلى من بين (٢٥٠) حالة بالمستشفى وبالتالى تصل النسبة إلى ٢٠,٤٪ . وفى مدرسة التربية الفكرية للبنات بالدوحة توجد (١٠٤) حالات تعانى جميعها من التخلف العقلى (قطريات ٧٤ ، وغير القطريات ٣٠) . وفى مدرسة الأمل للبنين توجد (١٥٠) حالة تخلف عقلى (١١١ قطرياً ، و ٣٩ غير قطريين) . وفى مدرسة الأمل للبنات توجد (٥٠) حالة تخلف عقلى أيضاً منهم (٢٤) من القطريين و (٢٦) غير قطريين

وتدل المادة الميدانية أيضاً على أن التخلف العقلى كمرض شائع تصاحبه دائماً أعراض أخرى ومنها التشنجات حيناً ، والتشوهات الخِلْقِية حيناً آخر مثل قِصر القامة والجمجمة القصيرة العريضة . وبعض هذه الأعراض وارد فى التشخيص الطبى للحالات ، ويحدد سبب المرض أيضاً .

٢ـــ **الصمم والبكم** : وهما نتاج أيضاً لخلل فى جينات الوراثة ، يترتب عليه أمراض وراثية متنحية ـــ أى ليست موجودة عند الأبوين ـــ تظهر على الأبناء . والواقع أن الصمم والبكم أقل انتشاراً من التخلف العقلى . ولذلك نجد أن المصابين بهما فى مدرسة الأمل للبنين (القسم السمعى) هم (٥٣) حالة ، منها (٢٣) حالة قطرية و (٣) تحت الملاحظة ، أما الباقى (٢٥) حالة و (٢) تحت الملاحظة فهم من غير القطريين . وبالتالى نجد أن نسبة الصم والبكم تصل إلى ٢٦,١١٪ من إجمالى الأطفال بالمدرسة (٢٠٣) . ومرد هذا إلى عوامل وراثية وعلى رأسها الزواج القرابى .

أما فى عدد الصم والبكم فى قسم الأطفال بمؤسسة حمد الطبية فهو حالة واحدة من بين (١٤ حالة) ترجع إصابتهم إلى عوامل وراثية ، والزواج القرابى أساسها ، وبالتالى فالنسبة هنا لا تتجاوز ٧,١٤٪ . والملاحظ أن هذه الحالة لأنثى ، وبالتالى يصدق الإطار النظرى فى هذا الجانب حيث يؤكد على أن الصمم والبكم وأمراض النطق إذا كانت عن الإناث ، فإن أقاربهن تسود بينهم هذه الحالة بمعدل أعلى من نظيره فى عائلات الذكور .

٣ـــ **تأخر النمو والتشوهات الخلقية** : وهى نتاج أيضاً لعوامل وراثية ناجمة عن الزواج القرابى . وسببها تغيرات كروموسومية كالمتضاعفات الثنائية / الثلاثية ، أو الشذوذ المبكر فى انقسام الخلية الجسمية . ويعانى المصابون عموماً من نقص طبى وعقلى فى آنٍ واحد . والواقع أن البيانات المتاحة عن هذه الفئة من الأمراض الوراثية محدودة للغاية ، كما يصعب الحصول عليها أو حسابها ذاتها . وفى ضوء المتاح فإن تأخر النمو تمثله (حالة واحدة) من بين (١٤) حالة لأ... وراثية نتيجة للزواج القرابى ، والنسبة بالتالى ٧,١٤٪ . كما أن التشوهات ا... تلازم فى الغالب حالات التخلف العقلى ، وهذه عرضناها لاحقاً .

٤ــ **الشلل الدماغى** : وهو مرض يرجع إلى عوامل وراثية ناجمة عن الزواج القرابى ، وعوامل بيئية ناجمة عن عملية الولادة ذاتها مثل عسر الولادة والولادة المبكرة وسوء التعامل مع الجنين فى أثناء التوليد . والواقع أن التشخيص الطبى لهذا المرض وتحديد أسبابه يتضمن خمس حالات من بين (٢٤) حالة بقسم الأطفال بمؤسسة حمد الطبية . ويذكر التشخيص أن الحالات الخمس منها حالة واحدة نتيجة لعوامل وراثية من بين (١٤) حالة زواج قرابى وبنسبة ٧,١٤٪ . أما الحالات غير الوراثية الأخرى (٤) فتصل نسبتها بين مجموع الأطفال ١٦,٦٧٪ .

٥ــ **الاستسقاء فى الرأس** : وهو الآخر نتاج لعوامل وراثية راجعة إلى الزواج القرابى حسب التشخيص الطبى . والواقع أن هناك حالة واحدة من بين (١٤) حالة للأمراض الوراثية مصابة بهذا الاستقساء . وعلى هذا تكون نسبتها ٧,١٤٪ من بين مجموع الحالات المذكورة .

٦ــ **أمراض أخرى**(*) : وهذه تتمثل فى العقم الأولى فى الرجال ، وعدم حدوث الطمث فى الإناث ، والإجهاض المتكرر ، والسمنة الوراثية التى تسبب العيوب الخِلْقية فى أطفال المدارس ، وأمراض العيون الوراثية وأمراض السكر والدم ، وأمراض الغدد الصماء والاختلال فى التمثيل الغذائى . وتؤكد دراسات الطب والوراثة أن القاسم المشترك بينها جميعاً هو الزواج القرابى . ومن الواضح أن هذا الزواج لا يؤدى دائماً إلى مثل هذه الآثار السلبية فهناك حالات عديدة منه لم تسفر عن أمراض وراثية بهذا الشكل ، وهذا ما سنتناوله فى الفقرة « تاسعاً » اللاحقة .

* * *

سادساً : الزواج القرابى والإعاقة فى المجتمع القطرى :

تؤكد نظريات الوراثة على أن الذكور أكثر إصابةً بالأمراض الوراثية من الإناث . وهناك أمراض تصيب الذكور وحدهم أحياناً ، لأن كروموسومات الوراثة تصيب جنساً واحداً فيظهر على الذكور المرض . أما الإناث فالواحدة منهن

(*) الواقع أننا لا نستطيع حصر هذه الأمراض والتعرف على أسبابها فى دراسة كهذه ، لأنها غير مسجلة ولا تتوافر عنها بيانات ، علاوة على أنها تحتاج إلى فريق من الأطباء يجرى مسحاً طبياً شاملاً وهذا ليس بمقدورنا .

تملك اثنتين من الكروموسومات يعوّض أحدهما الآخر إذا كان هناك مرض يحملانه . وعلى هذا فأى خطأ فى الكروموسومات يؤدى إلى عاهات فى الجنين ، كما يؤدى إلى موت الخلايا الجنينية فى حالات الإصابة الشديدة .

ومن ناحية أخرى فقد تحدث الإعاقة نتيجة لعوامل غير وراثية — أى بعيداً عن الزواج القرابى — ومنها تعرض الجنين لأخطار عن طريق أمه كأن تصاب بالحصبة الألمانية ، خاصة فى الشهور الثلاثة الأولى للحمل ، أو مرض الزهرى . كذلك قد تكون الأم مصابة بمرض مزمن كالسكر مثلاً ، أو مصابة بالتوكسيما (تسمم الحمل) فتتورّم قدماها ويرتفع ضغطها ، أو تتعرض الأم للإشعاعات أثناء الحمل . إلا أننا سنشير هنا إلى علاقة الزواج القرابى بالإعاقة حسب المتاح من البيانات .

تدل إحصاءات الإعاقة فى المجتمع القطرى خلال الأعوام الثلاثة (١٩٨٩ ، ١٩٩٠ ، ١٩٩١) على تزايد نسبة المعاقين بشكل ملحوظ ، وعلى أن الإعاقة بالتخلف العقلى تأتى فى المقدمة ٦٠,٩٢٪ من إجمالى المعاقين (٤٧٦) عام ١٩٩١ مثلاً ، يليها فى الترتيب الصمم والبكم حيث يمثل نسبة ١٧,٨٦٪ فى نفس العام ، ويأتى الشلل بعدها فى الترتيب وبنسبة ١٣,٦٦٪ . وتصدق هذه النسب تقريباً على المعاقين من غير القطريين ، ولكننا سنقتصر على المجتمع القطرى فقط . وفيما يلى يوضح الجدول التالى إجمالى المعوقين القطريين المسجلين بمراكز التأهيل أعوام ١٩٨٩ /١٩٩١[٣٧] :

(٣٧) الجهاز المركزى للإحصاء ، المجموعة الإحصائية ، ع ١٢ ، مرجع سابق ، ص ٣٢ .

نوع الإعاقة / السنة	١٩٨٩	١٩٩٠	١٩٩١
كفيف	١٦	١٣	٢٦
أصم وأبكم	٦٢	٥٨	٨٥
فاقد أحد الأعضاء	–	٢	٢
متخلف عقلياً	٢٨١	٢٩٧	٢٩٠
مشلول	٣٩	٤٢	٦٥
أخرى	٤٠	٤٤	٨
المجموع	٤٣٨	٤٥٦	٤٧٦

أما توزيع أنواع الإعاقة فى المجتمع القطرى حسب الأسباب والنوع (ذكور وإناث) ، فإنه يكشف ــ بشكل عام ــ عن تزايد معدلاتها بين الذكور عن الإناث فى جميع أنواعها . فإذا نظرنا إلى أكثر هذه الأنواع فى الإنتشار ، وجدنا التخلف العقلى حيث يصل عدد المصابين به من الذكور القطريين (٢١٠) فى مقابل (٨٠) من الإناث ، وهكذا تكون نسبة الذكور ٧٢,٤١٪ فى حين تمثل الإناث نسبة ٢٧,٥٩٪ . أما النوع الثانى من الإعاقة فى الترتيب فهو الصمم والبكم وعدد المصابين به من القطريين (٨٥) منهم (٥٥) من الذكور بنسبة ٦٤,٧٪ ، و (٣٠) من الإناث بنسبة ٥٣,٣٪ . أما المعاقون بالشلل فعددهم (٦٥) من القطريين وهذا هو النوع الثالث فى الترتيب ، يتوزعون على الذكور بنسبة ٨٠٪ والإناث بنسبة ٢٠٪ . وهكذا يتسق هذا التوزيع ــ حسب الإطار النظرى ــ مع نظريات الوراثة التى تؤكد انتشار الخصائص الوراثية بين الذكور أكثر من الإناث وخاصة فى الصفات المتنحية نتيجة للزواج القرابى . ولعل الجدول التالى يوضح لنا توزيع المعوقين القطريين على أنواع الإعاقة وحسب فئتى النوع[٣٨] ، من المسجلين بمراكز تأهيل المعوقين عام ١٩٩١ :

---

(٣٨) المجموعة الإحصائية ، المرجع السابق ، ص ٣٤ .

نوع الإعاقة / النوع	ذكور	إناث	المجموع
كفيف	٢١	٥	٢٦
أصم وأبكم	٥٥	٣٠	٨٥
فاقد إحد الأعضاء	١	١	٢
متخلف عقلياً	٢١٠	٨٠	٢٩٠
مشلول	٥٢	١٣	٦٥
أخرى	٨	–	٨
المجموع	٣٤٧	١٢٩	٤٧٦

وتجدر الإشارة إلى أن هؤلاء المعوقين المسجلين بمراكز التأهيل عام ١٩٩١ يتركز معظمهم فى الفئتين العمريتين (١٠ــ١٤ سنة) مجموع (١١٥) وبنسبة ٢٤,١٦٪ و (٥ــ٩ سنوات) بمجموع (٩٧) وبنسبة ٢٠,٣٨٪ . ومن الواضح أن هذه المستويات العمرية هى التى يتبلور فيها تأثير الصفات الوراثية المتنحية والسائدة فى عملية الوراثة . وقد تلعب عوامل أخرى غير الوراثة فى إحداث الإعاقة ، وخاصة فى مرحلة الشباب (٢٥ سنة فأكثر) ومنها فقد أحد الأعضاء أو الشلل وهما فى الغالب نتائج للحوادث المرورية أو غيرها . وبالتالى تصل نسبة هؤلاء إلى ١٩,٥٤٪ بمجموع (٩٣) حالة .

ونلاحظ من جانب آخر على هؤلاء المعوقين أنهم يختلفون فى أعدادهم حسب فئات السن والنوع بشكل عكسى . ففى الفئة العمرية (٥ــ٩) يقل عدد الذكور (١٨) حالة فى مقابل زيادة كبيرة عند الإناث (٧٩) حالة . وفى نفس الوقت نجد فى الفئة (١٠ــ١٤) عدد الذكور (٩٠) حالة يزيد ثلاثة أضعاف وأكثر من عدد الإناث (٢٥) حالة بنسبة ٢١,٧٤٪ . ونفس الزيادة المضاعفة تصدق على الفئة (١٥ــ١٩) حيث يتضاعف عدد الذكور أكثر من عشر مرات (٨٣) حالة عن عدد الإناث (٨) حالات ، وكذلك فى الفئة (٢٠ــ٢٤) يزداد

الذكور ٣٦ ضعفاً من عدد الإناث (٧٥ إلى ٢) ، وثلاثة أضعاف (٧٨ إلى ١٥) فى الفئة العمرية (١٥ سنة فأكثر) . وتفسير ذلك أن زيادة عدد الذكور فى الفئات العمرية المتقدمة راجع إلى وضوح آثار العوامل الوراثية التى قد لا تبدو فى مرحلة الطفولة ثم تزداد وضوحاً مع تقدم السن . كذلك يرجع إلى كثافة نشاط الذكور فى فترات الطفولة المتأخرة حتى حوالى (١٥ سنة) وبدايات الشباب (١٩ سنة فأكثر) وبالتالى وقوع حوادث السيارات مثلاً ، وزيادة العنف الذى قد يؤدى إلى الإصابة بإعاقة ، ومحاولة إثبات الذات فى هذه المرحلة العمرية الحرجة والمصحوبة بحب المغامرة . ولعل الجدول التالى يوضح لنا عدد المعوقين المسجلين بمراكز التأهيل عام ١٩٩١ من القطريين موزعاً على أنواع الإعاقة وفئتى العمر والنوع[٣٩] :

النوع / فئات العمر	الذكور	الإناث	المجموع	
أقل من ٥ سنوات	٣	-	٢٦	٣
٥ - ٩	١٨	٧٩	٨٥	٩٧
١٠ - ١٤	٩٠	٢٥	٢	١١٥
١٥ - ١٩	٨٣	٨	٢٩٠	٩١
٢٠ - ٢٤	٧٥	٢	٦٥	٧٧
٢٥ فأكثر	٧٨	١٥	٨	٩٣
المجموع	٣٤٧	١٢٩	٤٧٦	

أما الجمعيات المتخصصة فى رعاية وتأهيل المعوقين فهى عديدة فى المجتمع القطرى . فمنها الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعوقين ، وقسم تأهيل الأطفال بمؤسسة حمد الطبية ، ومركز مستشفى الرميلة ، ومدرسة التربية الفكرية للبنات بالدوحة ، ومدرسة الأمل للبنين ، ومدرسة الأمل للبنات . وهى مؤسسات تتولى

(٣٩) المجموعة الإحصائية السنوية ، المرجع السابق ، ص ٣٥ .

تأهيل المعوقين القطريين وغير القطريين ، وتسجل أعدادهم ، ونوع إعاقتهم ، وفئاتهم العمرية والنوعية . إلا أنها فى الغالب لا تسجل سبب الإعاقة (كالعوامل الوراثية والقرابة ، أو حادث سيارة ، أو مضاعفات لأمراض كالالتهاب السحائى ، أو عسر الولادة المبكرة ... الخ) . وفى ضوء هذه البيانات المتاحة نذكر أعداد المعاقين ، وبعضاً من أسباب الإعاقة التى حصلنا عليها — وهى قليلة — تاركين تناول مؤسسات رعاية المعوقين إلى الفقرة اللاحقة .

أما البيانات المتاحة عن سبب الإعاقة وصلتها بالزواج القرابى ، فهى تقتصر على قسم تأهيل الأطفال بمؤسسة حمد الطبية ، ومدرسة التربية الفكرية للبنات بالدوحة ، أما قسم تأهيل الأطفال فهو يضم ٢٤ طفلاً منهم (١٣ ذكراً) و (١١ أنثى) . وتتحدد أسباب الإعاقة بينهم فى الجدول التالى :

سبب الإعاقة	العدد	٪
عسر الولادة	٤	١٦,٦٦٪
عوامل وراثية (زواج قرابى)	١٤	٥٨,٣٤٪
ولادة مبكرة	١	٤,١٧٪
مضاعفات التهاب سحائى	٣	١٢,٥٠٪
حادث سيارة	٢	٨,٣٣٪
المجموع	٢٤	١٠٠,٠٠٪

وتتمثل العوامل الوراثية فى عديد من المظاهر التى تكشف عن الإعاقة بين هؤلاء الأطفال ، وهى تتراوح ما بين التأخر فى النمو والاستسقاء فى الرأس والصمم والبكم ، وتعد نتاجاً لخلل فى جينات الوراثة ، وفقاً لنظريات الوراثة الواردة فى الإطار النظرى . ويوضح الجدول التالى دور هذه العوامل الوراثية — الناتجة عن الزواج القرابى — فى تحديد نوع الإعاقة :

نوع الإعاقة	العدد	٪
تأخر فى النمو	١	٧,١٤٪
طفل منغولى (داون)	٣	٢١,٤٤٪
تخلف عقلى + تشنجات + تشوهات خلقية	٧	٥٠,٠٠٪
شلل دماغى	١	٧,١٤٪
صمم + بكم	١	٧,١٤٪
استسقاء فى الرأس	١	٧,١٤٪
المجموع	١٤	١٠٠,٠٠٪

والملاحظ من الجدول أن التخلف العقلى ، وأعراض داون Down أو الطفل المنغولى هما الغالبان على الحالات الوراثية فى الإعاقة وهذا يتسق مع إحصاءات الإعاقة على مستوى المجتمع القطرى ككل بحيث نجد أن هذين النوعين سائدان فى إجمالى الإعاقة عام ١٩٨٩ بنسبة ٦٤,١٦٪ ، وعام ١٩٩٠ بنسبة ٦٥,١٣٪ ، وعام ١٩٩١ بنسبة ٦٠,٩١٪ فى مراكز تأهيل المعوقين .

وتظهر فاعلية العوامل الوراثية مرة أخرى فى بعض الحالات (١٢) حالة تيسر لنا معرفة أسباب إعاقتها من بين (١٠٤) حالات فى مدرسة التربية الفكرية للبنات بالدوحة منهم (٧٤) قطريات و (٣٠) غير قطريات . وتتمثل أسباب الإعاقة لهذه الحالات الاثنتى عشرة فى القرابة من الدرجة الأولى (٥) حالات بنسبة ٤١,٦٧٪ ، وقرابة الدرجة الثانية (حالة واحدة) ، أما نصف الحالات فلا يرجع إلى الزواج القرابى ، حيث لا توجد قرابة ، وإنما توجد أسباب أخرى تتعلق بالولادة والتاريخ المرضى للحالة . ويوضح الجدول التالى سبب الإعاقة ، وعلاقتها بالزواج القرابى للحالات الإثنتى عشر فقط من المدرسة المذكورة ، والتى تيسر لنا معرفتها :

الجنسية	قرابة الدرجة الأولى	قرابة الدرجة الثانية	لاتوجد قرابة	المجموع
قطرية	٥	١	٣	٩
فلسطينية	–	–	٢	٢
مصرية	–	–	١	١
المجموع	٥	١	٦	١٢

ويتضح من الجدول أن التخلف العقلى ينتج غالباً عن عوامل وراثية تتعلق بالتراكيب الكروموسومية المختلة بالحالة الثلاثية للكروموسوم رقم ٢١ وهو أتوسوم صغير autosome(٤٠) . ويزداد تركيز هذا الخلل فى جنس الذكور عن الإناث . وهذا يتفق مع نظريات الوراثة ، ومع واقع حالات الإعاقة بالتخلف العقلى والطفل المنغولى (أو داون) حيث تبلغ النسبة بين الذكور والإناث (٣ : ١) . فعدد حالات الذكور فى إحصاء عام ١٩٩١ هو ٢١٠ ، بينما عدد حالات الإناث ٨٠ ، وتكون النسبة بينهما هى ٧٢,٤١٪ إلى ٢٧,٥٩٪(٤١) . ونلاحظ أيضاً من الجدول أن قرابة الدرجة الثانية أقل ارتباطاً بالتخلف العقلى ولذلك نجد نسبتها لا تزيد عن ٨,٣٪ ، بينما نسبة قرابة الدرجة الأولى كعامل وراثى تصل إلى ٤١,٦٧٪ .

* * *

سابعاً : مؤسسات رعاية المعوقين فى المجتمع القطرى :

تتعدد المؤسسات التى ترعى المعوقين ، حسب تعدد الإعاقات وتنوعها ما بين إعاقة فكرية وأخرى سمعية وثالثة بصرية ورابعة حركية وهكذا . ولذلك نجد مؤسسات تأهيلية تضطلع بخدمات تعليمية وتأهيلية واجتماعية وصحية لهؤلاء المعوقين للإرتقاء بهم ، وتكييفهم مع الوضع الجديد وتقبلهم إياه . وقد أسفر

(٤٠) أنظر : Nelson, Op. Cit., p. 296.

(٤١) المجموعة الإحصائية السنوية ، مصدر سابق ، ص ٣٤ .

المسح الإجتماعى ، الذى أجريناه ، عن وجود سبع مؤسسات تقوم بهذه الخدمات المتنوعة[*] . وفيما يلى نلقى الضوء عليها ، ونتعرف على دورها فى التعامل مع هذه الفئات الخاصة .

١ـ الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين : وهى مؤسسة ترعى شئون المعوقين بالإعاقات المختلفة ، وذلك من خلال « المركز الثقافى الاجتماعى للمعاقين » الذى يتفرع عنها ويختص بتقديم هذه الخدمات . ويبلغ عدد المعاقين أعضاء المركز ٢٥٤ عضواً يمثلون ستة أنماط من الإعاقة يوضحها الجدول التالى[٤٢] :

نوع الإعاقة	المجموع	٪
الصم والبكم	٥٧	٢٢,٤٤٪
المكفوفون	١٥	٥,٩٠٪
التخلف العقلى	١٣١	٥١,٥٧٪
الإعاقات النفسية	٢	٠,٧٩٪
الشلل	٤٢	١٦,٥٤٪
المنغولية	٧	٢,٧٦٪
المجموع	٢٥٤	١٠٠,٠٠٪

ويتوزع هؤلاء المعوقون على ست عشرة جنسية ، إلا أن الجنسية القطرية تتصدّر الجنسيات الأخرى ، حيث يبلغ عدد القطريين المسجلين كأعضاء فى « المركز الثقافى الاجتماعى للمعاقين » ١٦٩ من العدد الإجمالى ٢٥٤ . ويتوزع القطريون على ستة أنماط من الإعاقة ، يأتى التخلف العقلى على رأسها حيث يبلغ المصابون القطريون به ٩٧ حالة بنسبة ٥٧,٤٠٪ ، يليها المصابون بالشلل حيث يصل عددهم إلى ٣٠ حالة بنسبة ١٧,٧٥٪ ، على حين يأتى الصم فى الترتيب

(*) سبق ذكر هذه المؤسسات فى الفقرة (رابعاً) .

(٤٢) الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين ، المركز الثقافى والاجتماعى للمعاقين .

الثالث بعدد قوامه ٢٣ حالة وبنسبة ١٣,٦١٪ . ولعل الجدول التالى يوضح توزيع هؤلاء المعوقين على أنواع الإعاقة وعددهم[٤٣] :

نوع الإعاقة	المجموع	٪
الصم	٢٣	١٣,٦٢٪
المكفوفون	١٠	٥,٩٢٪
التخلف العقلى	٩٧	٥٧,٤٠٪
الإعاقات النفسية	٢	١,١٦٪
الشلل	٣٠	١٧,٧٥٪
المنغولية	٧	٤,١٥٪
المجموع	١٦٩	١٠٠,٠٠٪

أما المعاقون المسجلون بالجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين فإن عددهم ٧٦٢ ، منهم ٥١٧ قطريون ، والباقون ٢٤٥ من غير القطريين . ويتوزع القطريون على خمسة أنماط من الإعاقة ، وحسب فئتى النوع . وفيها يتضح أيضاً زيادة أعداد الذكور عن أعداد الإناث فى كل أنواع الإعاقة ، عدا الإعاقة البصرية . ويلى الجدول التالى الضوء على هذا التوزيع[٤٤] :

(٤٣) المركز الثقافى والاجتماعى للمعاقين ، مرجع سابق .
(٤٤) نفس المصدر السابق .

النوع / نوع الإعاقة	ذكور	إناث	المجموع
إعاقة بصرية	٤	٧	١١
إعاقة حركية	٣٦	٢٨	٦٤
تخلف عقلى	١٤٣	١٠٢	٢٤٥
صمم وبكم	٤٣	٣٢	٧٥
إعاقات متعددة	٦٥	٥٧	١٢٢
مجموع	٢٩١	٢٢٦	٥١٧

٢ـ قسم تأهيل الأطفال بمؤسسة حمد الطبية : وهو يضم قسماً داخلياً وقسماً للعلاج الطبيعى للأطفال ، وقسماً للعلاج الإنمائى والتأهيلى ، وقسماً آخر لرعاية الأطفال المعوقين صباحاً لتدريبهم على تلبية حاجاتهم الأولية ، وبعض الفصول للتعليم الخاص الذى يبدأ من سن الخامسة إلى السادسة وتقل نسبة ذكائهم عن ٥٠٪ . ويضم القسم الداخلى ٢٤ طفلاً ، منهم ١٣ ذكراً ، و ١١ أنثى ، وكلهم مصابون بالتخلف العقلى بسبب عوامل وراثية ناتجة عن الزواج القرابى (١٤ حالة) ، على حين الحالات الباقية ترجع إصابتها إلى عوامل أخرى غير وراثية كحوادث السيارات ، ومضاعفات مرضية ، وظروف الولادة المبكرة والمتعسِّرة (١٠ حالات) .

٣ـ مركز التأهيل بمستشفى الرميلة : فى عام ١٩٨٢ تم افتتاح مستشفى حمد ، وتحولت فئات المسنين والمعوقين إلى مستشفى الرميله ، حيث بدأ العمل المنظم ببرنامج تأهيل كامل لهذه الفئات اضطلع به فريق استرالى فى البداية ، ثم حل محله فريق عربى فيما بعد . ويقدم هذا المركز العلاج والتأهيل الطبى ، والعلاج الطبيعى ، والخدمات الاجتماعية والخدمات التمريضية ، بعد أن باشر قسم التعليم الخاص بالمعوقين بالمستشفى عمله اعتباراً من ٧ ديسمبر ١٩٨٥

ويبلغ عدد المعوقين المسجلين بالمركز (٢٥٠) معوقاً ، يتوزعون سبعة أنواع من الإعاقة ، تأتي حالات الشلل على رأسها (١٠٦ حالات) تليها إعاقات متنوعة (٧٨ حالة) ثم التخلف العقلي (٥١ حالة) وهكذا . ولعل سبب تزايد أعداد المعوقين المسجلين بإعاقة الشلل في المركز ، راجع إلى الاستفادة من خدمات العلاج الطبي والعلاج الطبيعي والتأهيل لهذه الحالات . ويوضح الجدول التالي أنواع هذه الإعاقة ، وعدد المعوقين المصابين بكل نوع على حدة(٤٥) :

نوع الإعاقة	المجموع	٪
كفيف	٤	١٫٦٠٪
أصم	١	٠٫٤٠٪
أصم وأبكم	١	٠٫٤٠٪
فاقد أحد الأعضاء	٩	٣٫٦٠٪
تخلف عقلي	٥١	٢٠٫٤٠٪
شلل	١٠٦	٤٢٫٤٠٪
أخرى	٧٨	٣١٫٢٠٪
المجموع	٢٥٠	١٠٠٫٠٠٪

٤ــ مدرسة التربية الفكرية للبنات بالدوحة : وقد افتتحت في عام ١٩٨١ وتقبل البنات المصابات بالتخلف العقلي من سن ٤ سنوات إلى ٢٠ سنة وتقبل البنات في سن ٤ــ٥ سنوات للالتحاق بحضانة التربية (الروضة) وتقبل أيضا جميع الجنسيات بشرط عدم تعدد الإعاقات ، وأن يثبت الكشف الطبي لياقة البنت صحياً ، وأن تكون نسبة الذكاء ما بين (٥٠ــ٧٠ درجة) . وتضم المدرسة ١٣ فصلاً ، كما تفتح فصولاً أخرى إذا دعت الضرورة ذلك . ويوجد بها

(٤٥) مركز التأهيل بمستشفى الرميلة . والواقع أننا لم نستطع التعرف على عدد القطريين بين هؤلاء لعدم وجود بيانات عن الجنسية .

فصل الروضة ويضم (١٠) بنات ، والمرحلة الابتدائية وتضم (٧٢) طالبة ، وفصل الإعداد المهنى (٧) طالبات ، والتأهيل (١٥) طالبة . وتعتبر جميع الفصول مرحلة ابتدائية فقط . ويبلغ عدد الطالبات بالمدرسة ككل (١٠٤ طالبة) منهن (٧٤) طالبة قطرية ، و (٣٠) طالبة من جنسيات أخرى . وتقدم المدرسة خدمات اجتماعية ونفسية وتأهيلية وتعليمية للبنات .

٥ـ مدرسة الأمل للبنين : وهي تتبع وزارة التربية والتعليم ، وتقوم برعاية الأطفال المعوقين وتأهيلهم . وتقبل الأطفال من جميع الجنسيات من سن الرابعة والنصف فأكثر ، وذلك بعد الفحص الطبى وتطبيق مقياس الذكاء بحيث لا يقل عن ٧٠ درجة . ويوضع الطفل تحت الملاحظة مدة تتراوح ما بين ١٥ ـ ٣٠ يوماً لمعرفة مدى توافقه الاجتماعى واستفادته من التعليم . وتضم المدرسة ٢٠٣ أطفال ، منهم خمسة أطفال تحت الملاحظة . ويتوزع هؤلاء على نوعين من الإعاقة ؛ أولهما الإعاقة الفكرية (تخلف عقلى) ويشمل (١٥٠) من بينهم (١١١) قطرياً والباقى (٣٩) غير قطريين . والإعاقة الثانية سمعية (صم وبكم) وتضم ٥٣ طفلاً ، منهم (٢٦) قطرياً ، والباقى (٢٧) من غير القطريين .

٦ـ مدرسة الأمل للبنات : وهى تتبع لوزارة التربية والتعليم ، ويخضع القبول بها لنفس شروط مدرسة البنين . وتضم المدرسة (٥٠) حالة ، منهن (١٤) قطرية و (٢٦) من غير القطريات .

٧ـ جمعية الهلال الأحمر القطرى (نادى الهلال) : وقد تأسس النادى عام ١٩٨٣ وافتتح فى ١٨ /٢ /١٩٨٥ بمناسبة العام الدولى للشباب ، وهو أول نادٍ للمعوقين فى قطر . ويقوم النادى بتوعية المجتمع القطرى بحقوق المعاقين وقضاياهم ، ومحاولة تكييفهم مع المجتمع من خلال مجموعة من البرامج والأنشطة التأهيلية والترفيهية ، والدورات التدريبية . وعضوية النادى مفتوحة أمام جميع المعاقين بالإضافة إلى العاملين بالمجال الاجتماعى ومجال المعوقين . وتتراوح أعمار المعوقين أعضاء النادى ما بين ٧ـ ٣٠ سنة .

ويبلغ أعضاء النادى من المعوقين ٣٢٣ عضواً من القطريين (٢٢٢) عضواً ، و (١٠١) من غير القطريين . ويتوزع هؤلاء على خمسة أنواع من الإعاقات وحسب فئتى النوع (ذكور وإناث) . وتعد حالات التخلف العقلى أكثر عدداً

بين أنماط الإعاقة الخمسة ، سواء بين القطريين (١٢٤ حالة بنسبة ٥٥,٨٦٪) أو بين غير القطريين (٤٧ حالة بنسبة ٤٦,٥٣٪) ، ويصدق ذلك على الذكور والإناث . ومن ناحية أخرى نلاحظ أن نسبة الذكور المتخلفين عقلياً أكثر من ضعفي نسبة الإناث ، فهى (٨٦ : ٣٨) بين القطريين ، و (٣١ : ١٦) بين غير القطريين . وتأتى الإعاقة بالصمم والبكم فى المرتبة الثانية بين المعوقين أعضاء نادى الهلال . فهى تشغل نسبة ٢١,٦٢٪ بين القطريين ، ونسبة ٣٥,٦٤٪ بين غير القطريين . وفى هذا النوع من الإعاقة تكاد نسبة الذكور تتساوى مع نسبة الإناث فهى (٢٧ : ٢١) بين القطريين ، و (١٩ : ١٧) بين غير القطريين . ثم يأتى الشلل فى الدرجة الثالثة فى الترتيب سواء بين القطريين أو غيرهم فهو بين القطريين الأعضاء بالنادى يبلغ ١٤,٤١٪ ، وبين غير القطريين ١٢,٨٧٪ . ويوضح الجدول التالى عدد أعضاء النادى موزعين على أنواع الإعاقة وحسب الجنسية وفئتى النوع خلال عام ١٩٩١[٤٦] :

الجنسية والنوع / نوع الإعاقة	قطريـــون			غير قـــطريين		
	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع
تخلف عقلى	٨٦	٣٨	١٢٤	٣١	١٦	٤٧
صم وبكم	٢٧	٢١	٤٨	١٩	١٧	٣٦
الشلل	٢٦	٦	٣٢	١١	٢	١٣
مكفوفون	١٠	٦	١٦	٥	–	٥
إعاقة نفسية	٢	–	٢	–	–	–
المجموع	١٥١	٧١	٢٢٢	٦٦	٣٥	١٠١

(٤٦) نادى الهلال التابع لجمعية الهلال الأحمر القطرى . وقد حسبنا النسب المئوية للإعاقة بين القطريين وغير القطريين على حدة لكل منهما .

ثامناً : المشكلات الصحية للزواج القرابى بين الأبناء : حالات واقعية :

المشكلات الصحية هنا هى مجموعة الإصابات أو الأمراض البدنية أو العقلية أو النفسية التى تسبب للأبناء ضرراً فى النمو البدنى أو العقلى أو كليهما ، كما تؤثر فى حالاتهم النفسية وفى تطور تعليمهم وتدريبهم . وقد تتفاوت درجات هذه الإصابات أو الأمراض فقد تكون يسيرة تخفى على النظرة السريعة ولا يظهرها إلا الفحص الطبى الدقيق ، كما قد تكون واضحة مجسّدة فى العجز عن الحركة أو التفكير أو النطق . كذلك قد تظهر الإصابة منذ الولادة ، أو يتأخر ظهورها سنوات .

إن أسباب الأمراض التى تحدث للأبناء ليست واحدة ، فقد يكون السبب واحداً وواضحاً (سبب وراثى) ، كما قد تكون هناك عدة أسباب وراثية وبيئية متنوعة . وهذا يستلزم التعرف على كل إبن من الأبناء من حيث الفحص الطبى الدقيق ، ومعرفة العلاقة القرابية بين الأب والأم ، وصحة الأم فى أثناء الحمل والأمراض والأدوية التى تعاطتها آنئذٍ ، وكيفية الولادة ، والأمراض التى أصابت الإبن بعد الولادة . وفى ضوء ذلك فإننا نركز فى الحالات الواقعية المدروسة على العناصر التالية :

١ــ نوع العلاقة بين الأب والأم (قرابية ــ غير قرابية ــ درجة القرابة) .

٢ــ عوامل أثناء الحمل (كالأمراض الوراثية أو المعدية التى تصيب الأم فتعدى الجنين كالحصبة الألمانية ، والإشعاعات وتسمم الحمل ، والتدخين والكحول) .

٣ــ عوامل أثناء الولادة (كالاختناق أو النزيف المخى أو إصابة الجنين فى الرأس والمخ ، أو نقص السكريات فى دمه) .

٤ــ عوامل بعد الولادة (كأمراض الجهاز العصبى والالتهاب السحائى والتهاب المخ وإصابة الرأس والمخ والتسمم بالرصاص أو بأوكسيد الكربون أو اصابات جهاز الدم بجلطة أو نزيف أو تسمم ، أو الأمراض المعدية كالسعال الديكى وشلل الأطفال ، أو المزمنة مثل الربو ، أو الآثار البيئية كحوادث الطرق والحريق والتسمم) .

ونظراً لصعوبة الحصول على معلومات وافية عن الحالات ، وصعوبة تطبيق دراسات الحالة على الأسر ، فقد طلبنا بيانات عامة عن بعض الحالات الميسورة ــ وبشكل عشوائى ــ وخاصة التشخيص الطبى للحالة ، ونوع الزواج (قرابى ــ اغترابى) ، وعدد أفراد الأسرة وحالتهم الصحية ، والظروف الصحية للأم عند الحمل والولادة ، وذلك دون ذِكْرٍ لأسماء أو شخصيات أو عناوين أو تفاصيل أخرى . وقد ساعدتنا بعض طالبات قسم الاجتماع فى الحصول على هذه البيانات السريعة والمختصرة عن عشر حالات من الذكور وعشر حالات أخرى من الإناث . وفيما يلى نقدم إشارة موجزة عن كل حالة على حدة ، مع التركيز على علاقة المرض أو الإعاقة بنمط الزواج والظروف الصحية للأم والطفل بعد الولادة .

(أولاً) الذكور :

١ــ تضم الأسرة أربعة أبناء (ذكر واحد وثلاث إناث) والزوج والزوجة أبناء خئولة (قرابة درجة أولى) والطفل يعانى من تخلف عقلى . إذن المرض وراثى ، كما أنه متكرر فى الأسرة فالأبناء الثلاثة الآخرون مصابون بهذا المرض . وقد تزوج الأب بامرأة أخرى (زواجاً اغترابياً) فأنجب أبناءً أصحاء وطبيعيين ، مما يؤكد على دور الوراثة فى المرض .

٢ــ تقوم الأسرة على زواج قرابى من الدرجة الأولى (أبناء عمومة) وتضم ثلاثة أبناء ذكور . والحالة تعانى من ضعف فى العظام وتتدهور حالتها باستمرار . وقد كان الحمل طبيعياً ، والولادة قيصرية والوزن طبيعياً ، ولكن بدأ ضعف العظام يتضح بمرور الوقت والغالب أن الحالات التى تصاب بهذا المرض لا تعمر طويلاً . والواقع أن المرض وراثى ، علاوة على أنه متكرر فى الأسرة فالإبن الأكبر (١٤ عاماً) يعانى منه أيضاً .

٣ــ تضم الأسرة ولدين وبنتاً لأبوين أبناء عمومة (قرابة درجة أولى) وتعانى الحالة من ضعف شديد فى الإبصار وعجز عن النطق (بكم) إذ تبلغ ٥ سنوات . وكان الحمل طبيعياً بعد تسعة أشهر ، وكذلك كانت الولادة طبيعية . وبالتالى فالمرض وراثى وقد كان الأبوان على علم باحتمال إصابة أحد الأبناء بمرضٍ وراثى .

٤ــ تعتمد الأسرة على زواج قرابى من الدرجة الأولى (أبناء العمومة) ، وهى تضم تسعة أبناء (٥ ذكور + ٤ إناث) . والطفل (١٢ سنة) يعانى من صمم وبُكم وبالتالى فالمرض وراثى فى الأسرة ، علاوة على أنه متكرر حيث يوجد إنجاب أبناء آخرين بنفس المرض (الصمم والبكم) ولكنهم يموتون فى سن الثالثة من عمرهم . وهكذا توضح الحالة دور الوراثة فى الاصابة بالمرض وتكراره بين الأبناء .

٥ــ تقوم الأسرة على زواج بين أبناء العمومة (قرابة درجة أولى) وتضم من الأبناء ٤ ذكور و ٣ إناث . والطفل موضع الاهتمام هنا يعانى من كبر حجم الرأس وتأخر فى النمو وحَول فى العين ، كما أنه لا يتحكم فى الإخراج ويعانى من ضعف فى الحركة . وقد أجريت له ثلاث عمليات جراحية فى الرأس فى سن شهر ، ثم سافر مع أسرته إلى لندن وأجرى هناك عملية رابعة فى الرأس ومكث ثلاثة أشهر وعاد إلى الدوحة مرة أخرى ، وهو يبلغ الآن ٩ سنوات . وتوضح الحالة هنا دور الوراثة فى الإصابة بالمرض ، كما تؤكد على دور صحة الطفل بعد الولادة واحتمالات تعرضه لأمراض تتآزر مع الوراثة فى تدعيم المرض .

٦ــ تتكون الأسرة من سبعة أبناء (٥ إناث و ٢ ذكور) لأبوين أبناء خئولة (قرابة درجة أولى) والطفل فى سن الثانية عشر الآن . وكان الحمل طبيعياً ، أما الولادة فقد تمت قبل موعدها بشهرين فوُضع فى الحضّانة (مع الأطفال المبتسرين) بالمستشفى لمدة شهرين . وظهرت بعدها عليه علامات التأخر فى المشى والعجز عن النطق والكلام . وهنا يتضح دور العوامل الوراثية ، ودور العوامل البيئية المساعدة حيث انفصل الأب عن الأم فى سن الطفولة المبكرة للحالة ، فعاشت مع زوجة الأب وبالتالى نلاحظ ازدياد حدة المشكلة الوراثية بتدعيم البيئة . وهذا يؤكد صدق الإطار النظرى ، ويجيب عن التساؤل الرابع حول دور البيئة الثقافية فى المرض .

٧ ــ تعتمد الأسرة على زواج أبناء العمومة ، وتتكون من ثلاثة أبناء (أنثى وذكران) . والابن يعانى من قلة إفراز هرمون النمو (ضعف النمو) فهو فى

سن السادسة ومع ذلك فطوله ٩٠ سم ويعانى أيضاً من ضعف النظر وقصَر القامة والتواء فى يده اليسرى ورجله اليسرى . وقد كان الحمل طبيعياً ، ولكنه لم يكتمل فكانت ولادته فى سن ستة أشهر ، ثم مكث فى الحضّانة شهرين . وتأخر فى المشى عامين ثم ظهرت الأعراض الأخرى مع التقدم فى السن . وهذا يوضح دور الوراثة والولادة غير الطبيعية كعاملين فى الإصابة بالمرض .

٨ ــ تستند الأسرة إلى زواج قرابى من الدرجة الأولى (أبناء عمومة) وهى تضم ولدين فقط أحدهما المريض بتخلف عقلى وقصور وبطء فى النمو . ويبلغ الطفل خمس سنوات الآن . وقد كان الحمل طبيعياً ، والولادة طبيعية هى الأخرى . إلا أن سبب المرض يرجع إلى الوراثة وإلى صحة الطفل بعد الولادة فقد تعرض بعد الولادة مباشرة إلى ارتفاع شديد فى درجة الحرارة صار بعده عاجزاً عن الحركة والكلام . وهكذا تؤدى عوامل أخرى كصحة الأم أو الطفل دورها فى إحداث المرض ، إلى جانب الوراثة .

٩ ــ نشأت هذه الأسرة عن زواج قرابى من الدرجة الأولى (أبناء عمومة) وتضم ولداً وبنتين . أما الولد فهو فى السادسة من عمره ، يعانى من صغر حجم الرأس وبطء فى النمو . وقد كان الحمل طبيعياً ، ولكن صحة الأم لم تكن جيدة فقد كانت تتناول أدوية ارتفاع ضغط الدم فأصابها تسمم فوضعت طفلها فى شهره الثامن وكانت الولادة طبيعية فى المستشفى ، ووزن الطفل ٢,٣٨٠ كجم . وهكذا يتضح دور صحة الأم فى إصابة الأبناء بالمرض ، والدور المنشِّط الذى لعبته الوراثة فى هذا الشأن .

١٠ــ تشكلت الأسرة عن زواج أبناء العمومة وأنجبت ثلاثة أبناء ، أصيب أحدهم (٩ سنوات) بالمنغولية وثقل فى البطن وبطء فى النمو وتشوُّه فى طول يديه وأصابعه . وقد كان الحمل طبيعياً ، ووزنه كجنين كان طبيعياً ولكنه زاد فى الشهر الرابع ، وقل فى الشهرين الخامس والسادس . ولكن الأم كانت تتعاطى الحبوب المنشطة أثناء الحمل وبالتالى أحدثت هذه الحبوب تشوهات فى الجنين واضطرابات وراثية فى الكروموسومات أسفرت ـــ مع الوراثة ـــ عن كل هذه الأمراض والأعراض

(ثانياً) الإنــاث :

١ ــ تكونت هذه الأسرة من زواج أبناء العمومة (قرابة من الدرجة الأولى) وتضم تسعة أبناء (٤ ذكور و ٥ إناث) والأنثى المريضة هنا ترتيبها التاسع بين الأخوة وسنها ثلاث سنوات . كان الحمل طبيعياً ولكن الولادة كانت غير طبيعية حيث تمت بالطريقة القيصرية ، ووُلدت البنت بتشوُّه خِلقي ؛ فنصفها الأسفل أزرق لعدم مرور الدم فيه ، فوضعت فى الحَضَّانة بالمستشفى حتى استرجع لونه الطبيعي . ولكنها لم تقدر على الحركة حتى الآن ، حيث يتمثل التشوه فى إلتواء فى القدمين نحو الداخل . وهنا يتضح دور الوراثة إلى جانب ظروف الولادة فى إحداث المرض .

٢ ــ تعتمد الأسرة على زواج قرابى من الدرجة الأولى (أبناء عمومة) وتتكون من أربعة أبناء (ولد وثلاثة بنات) . والبنت المصابة تبلغ الثامنة من عمرها ، وتعانى من صغر حجم الرأس ، وشلل دماغى ، وبطء فى النمو ، وتخلف عقلى . وقد كان الحمل طبيعياً والولادة طبيعية وتمت فى المنزل . إلا أنها فى الشهر الثانى من عمرها تكونت على عينها بقعة بيضاء فأجريت لها عملية جراحية فى العين ، فى الشهر السادس لعلاج ضعف الإبصار . إلا أن صحة الأم فى أثناء الحمل لم تكن طبيعية ، حيث أصيبت بالحصبة الألمانية ، فازدادت عوامل الوراثة نشاطاً فى إحداث هذه الإصابات البدنية والعقلية المتعددة للبنت .

٣ ــ تبلغ الطفلة خمس سنوات وهى مصابة بتخلف عقلى تام وشلل فى الأعضاء ومرض فى القلب ، وتتكون أسرتها من الأب والأم (أبناء العمومة ، قرابة الدرجة الأولى) ، وسبعة أبناء منهم ثلاثة بنين وأربع بنات منهن الطفلة المريضة . والملاحظ من هذه البيانات أن الوراثة لها دور واضح فى إصابتها بهذه الأمراض العقلية والعضوية معاً .

٤ــ يعد الزواج القرابى بين أبناء الخئولة أساس هذه الأسرة ، التى تتكون من تسعة أبناء منهم ولدان وسبع بنات . والطفلة المريضة تبلغ من العمر ثلاث سنوات . وقد أُصيبت بتخلف عقلى بسيط وتشنجات وضعف نمو

الرِجْل اليسرى وصعوبة فى النطق . وقد كان الحمل طبيعياً ، وإن لازمه إجهاد للأم ومضاعفات بسيطة . كما أن الولادة كانت طبيعية ووزن الطفلة ٤ كجم . وتدل الحالة على دورٍ نشطٍ للعوامل الوراثية فى إحداث هذه الأمراض العقلية والعضوية .

٥ ــ تتكون الأسرة من الزوج والزوجة (أبناء عمومة) ، وثلاثة أبناء ، وخمس بنات . وتبلغ الطفلة أربع سنوات ، وهى تعانى من صرع وضعف فى الذاكرة وتشنجات . وقد كان الحمل والولادة طبيعيين تماماً . إلا أن هذا المرض وراثى فى الأسرة ومتكرر بين الأبناء . فقد كانت الأختان وأخ لهما مصابين جميعاً بهذه الحالة (الصرع والتشنجات وضعف الذاكرة) ولكنهم توفوا جميعاً فى سن العشرين والثانية والعشرين . ولعل هذا يوضح دور الوراثة فى الإصابة بالمرض نتيجة للزواج قرابى من الدرجة الأولى .

٦ ــ تعد الطفلة نتاجاً لزواج قرابى بين أبناء العمومة أثمر أربع ذكور وبنتين . وتبلغ الطفلة ثلاث سنوات وتعانى من تخلف عقلى شديد ، وتصلب فى الأطراف ، وصغر حجم الرأس وبطء فى النمو والنحافة . وقد كان الحمل والولادة طبيعيين ، إلا أن المرض وراثى ومتكرر فى العائلة . فأعمام الطفلة ، كل منهم لديه طفلان بنفس الأعراض والإصابات ، كما أن أحد الأعمام لديه ثلاثة أطفال متخلفون عقلياً أيضاً . وهكذا نلاحظ دور الوراثة فى إصابة الأبناء ــ لأسر زواجية قرابية من الدرجة الأولى ــ بخلل فى الكروموسومات يؤدى إلى الإصابة بعديد من الأمراض الوراثية .

٧ ــ تقوم الأسرة على زواج أبناء العمومة ، ولديها ولد وبنتان . أما الطفلة فهى فى سن التاسعة ، وتعانى من تخلف عقلى ، وحَوَل وحشى بالعين (كل عين تنظر فى زاوية متنافرة عن الأخرى) ، وصرع . وقد أصيبت الطفلة بالصرع وهى فى سن خمسة شهور وتجتاحها حالات هياج شديد . وقد كانت ظروف الحمل والولادة طبيعية ولم تعكر صفوهما أى أمراض أو مضاعفات . إلا أن المرض وراثى فى الأسرة فالأخ (الذكر الوحيد) مصاب بالتخلف العقلى ، علاوة على أن المرض متكرر أيضاً ، إذ أن إبنة العم مصابة بنفس الأمراض الصرع والتخلف العقلى ، كما أن الجد ــ

للأب ـــ كان مصاباً هو الآخر بالصرع . وهنا نلاحظ أن الخصائص الوراثية تحوى المرضى كصفات سائدة عند الأحفاد بنسبة ١ : ١ . فولدٌ سليم وولدٌ مريض ، وبنت سلمةٌ وبنت أخرى مريضة وهكذا .

٨ ـــ تضم الأسرة الأبوين (أبناء عمومة أيضاً) وبنتين وثلاثة أولاد . أما الطفلة المريضة فهى فى الثالثة من عمرها وتعانى من تخلف عقلى شديد نتيجة عوامل وراثية . وكان الحمل طبيعياً وكاملاً (٩ شهور) والولادة طبيعية والوزن كان هو الآخر طبيعياً ٣,٧٠٠ كجم . إلا أن الطفلة بعد عشرة أشهر ظهرت عليها معالم المرض (التخلف العقلى) وعدم التحكم فى الإخراج والتأرجح فى المشى وعدم الإتزان . والواضح أن للوراثة دورها فى هذا المرض ، كما أنه متكرر فى العائلة إذ أن عمة الطفلة كانت تعانى من نفس المرض والأعراض وتوفيت وهى فى سن السادسة عشرة .

٩ ـــ تعتمد الأسرة على الزواج القرابى (أبناء العمومة) ، وهى تتكون من ولدين وأربع بنات منهن الطفلة المريضة ، وهى تبلغ الرابعة من عمرها ، وتعانى من العمى والتخلف العقلى والقصور فى النمو نتيجة خلل فى التمثيل الغذائى . وقد كان الحمل طبيعياً ، وظروف الولادة طبيعية هى الأخرى . ولكن فى ثانى أيام الولادة اكتشف الأطباء وجود سائل أبيض فى غشاء عين الطفلة ، واتضح أنها تعانى من خلل فى التمثيل الغذائى للمواد الدهنية ، وسوء توزيعها فى الجسم ، واحتمال إصابتها بالعمى . والواقع أن المرض وراثى فى الأسرة ذاتها ، حيث سبق للأخ الأكبر (ست سنوات) استئصال إحدى عينيه لهذا السبب أيضاً . وبالتالى فهو مرض وراثى ومتكرر .

١٠ ـــ يُمثل الزواج القرابى (بين أبناء العمومة) أساس هذه الأسرة ، التى أنجبت أربعة ذكور وخمس بنات . وتبلغ الطفلة عشر سنوات وهى مصابة بصمم وبكم . وقد كان الحمل طبيعياً كما كانت الولادة أيضاً . إلا أن هذا الصمم والبكم مرض وراثى فى الأسرة ، كما أنه متكرر بين الأبناء فهناك ولدان مصابان به ، وبنت ثانية أيضاً فيكون مجموع المصابين به فى الأسرة نفسها أربعة أفراد (ولدان وبنتان) .

ولعل استعراض هذه الحالات العديدة — للذكور والإناث — يكشف عن دور العوامل الوراثية فى المرض وخاصة لأبناء الأسرة ذات نظام الزواج القرابى من الدرجة الأولى (أبناء عمومة وخئولة) . كما يكشف أيضاً عن دور بعض العوامل الأخرى المساعدة كصحة الأم وطبيعة الحمل وظروف الولادة وصحة الطفل بعد الولادة والبيئة . وكلها عوامل تدعم دور الوراثة فى إحداث المرض . كذلك نلاحظ أن المرض وراثى مثلاً فى الأسرة النووية ومتكرر بين أبنائها ، كما أنه متكرر أيضاً بين أفراد الأسرة الممتدة ، مما يكشف عن صحة الإطار النظرى الوارد .

* * *

أما التساؤل الرابع والخاص بمدى تأثير البيئة والثقافة مع الوراثة على المرضى فى المجتمع القطرى ، فقد كشفت لنا بعض الحالات السابقة عن هذا الدور . فقد لعبت الوراثة دورها فى حالة التخلف العقلى إلا أن انفصال الأب عن الأم فى سن الطفولة المبكرة للطفل المريض ، ومعيشته مع زوجة الأب ، دعم المرض لديه ، وأعاق تقدمه فى مدرسة التربية الفكرية للبنين علاوة على زيادة حالة التبول اللاإرادى لديه ، ورغبته فى سلب ما فى يد الآخرين .

كذلك فإن تناول الأم للأدوية فى أثناء الحمل ، أو إصابتها بالحصبة الألمانية أو التسمم ، يؤدى ذلك إلى تدعيم دور الوراثة فى إصابة المولود بمرض وأعراض عديدة كالتخلف العقلى أو بطء النمو أو صغر حجم الرأس أو شلل دماغى ... الخ . أضف إلى ذلك فقد كشفت بعض الحالات عن دور العوامل الوراثية فى التخلف العقلى وقصور وبطء النمو مع تدعيم دور البيئة لهذه العوامل . فالطفل الذى تعرض للحمى بعد الولادة صار عاجزاً عن الحركة والنطق .

كما تلعب البيئة دورها أيضاً مع الوراثة فى أثناء عملية الولادة وما بعدها . فالولادة القيصرية والولادة المتعسرة التى تتم فى البيت مثلاً تؤدى — مع الوراثة — إلى تشوه خلقى كما رأينا فى حالة الطفلة التى أصيبت بالتشوه الخلقى والعجز عن المشى . وتزداد آثار البيئة مع الوراثة وضوحاً فى حالات انخفاض معدل الذكاء ، بحيث نجد أن هذا المعدل يمكن أن يرتفع نسبياً فى حالة الوضع الطبقى المتميز والبيئة الاجتماعية الأفضل فيكتسب الطفل من المحيطين به مهارات وقدرات جديدة وبمعدل مرتفع عن نظيره عند ذوى الوضع الطبقى المتدنى . ولعل عيوب النطق

نتاج لعوامل وراثية ، إضافةً إلى عوامل بيئية فى الأسرة وجماعة الجوار والأصدقاء وطريقة التنشئة الاجتماعية ... الخ .

* * *

تاسعاً : الآثار الإيجابية للزواج القرابى :

إذا كانت نظريات الوراثة تقول أن الزواج القرابى لعدة أجيال متتالية يؤدى إلى آثار سلبية على صحة الأبناء كالعقم ونقص الخصوبة وبطء النمو والعيوب والتشوهات الخلقية والتخلف العقلى ، إلا أن هذه النظريات تؤكد — من ناحية أخرى — على أن الزواج القرابى لا يؤدى دائماً إلى مثل هذه الآثار السلبية ، فهناك حالات عديدة من الأسر القائمة على زواج أبناء العمومة والخئولة ولم تحدث فيها هذه الآثار السلبية . فالأبناء ٥ و ٧ و ٨ أصحاء وليس بينهم مرض منها .

والواقع أن الزواج القرابى فى المجتمع القطرى له عدة جوانب ايجابية ، سواء من الناحية الصحية أو الجمالية أو المقاييس الجسمية ، ويمكن أن نوجزها فيما يلى :

١— قد يؤدى الزواج القرابى إلى تركز صفات جيدة فى الأبناء وظهورها بصورة واضحة وإن كانت قليلة أو غير واضحة فى الزوج (الأب) أو الزوجة (الأم) . فإذا كان الزوج ذكياً وكذلك الزوجة ، فإن الأبناء سيكونون مرتفعى الذكاء .

٢— قد يؤدى الزواج القرابى إلى انتقال صفات وراثية شكلية كلون البشرة وطول القامة ولون العينين إلى الأبناء فيتميزون بطول القامة أو البنيان الجسمى القويم . كما تنتقل أيضاً الصفات الجمالية كلون الشعر وطوله ودقة الملامح وجاذبيتها . وعلى هذا فالزواج القرابى يساعد على وراثة صفات جيدة للأبناء أو تركزها لديهم .

٣— يساعد الزواج القرابى أحياناً على انتقال بعض الصفات الوراثية الحسنة المرتبطة بالدم مثل فصائل الدم النادرة ومنها + ٥ أو — ٥ وما تحققه تقريباً من مناعة طبيعية ضد الأمراض .

٤ــ يزداد معدل إنجاب التوائم بين الأسر القرابية أكثر من الأسر المعتمدة على الزواج الأغترابى . ويعد الانجاب قيمة عالية فى المجتمع القطرى ، ومطلباً أساسياً لزيادة السكان .

٥ــ يمارس زواج الأقارب دوره الملحوظ فى تقوية الروابط والعلاقات الاجتماعية بين الأسرة الواحدة وبين القبيلة الواحدة ، وبالتالى فهو يقلل من التفكك الاجتماعى والطلاق .

٦ــ يعمل الزواج القرابى على نجاح الزواج واستمراريته لأن الزوجين من قبيلة واحدة أو من أسرة ممتدة واحدة (قرابة درجة ثانية) أو من أسرة واحدة (العمومة والخئولة) قرابة الدرجة الأولى . كما يحرص كلاهما على احترام الآخر حفاظاً على العلاقة الزواجية (الجديدة) والعلاقة القرابية (الأصيلة أو القديمة) ، إضافة إلى احترام الأصهار لأنهم أعمام وأخوال فى المقام الأول .

٧ــ يساعد الزواج القرابى على حل مشكلة « العنوسة » ، وذلك من خلال معرفة فتيان الأسرة أو القبيلة لفتياتها » ومن خلال ظاهرة « التحيير » أو « التسمية »(*) . وبهذا لا يتأخر الشباب فى الزواج ، كما لا تتأخر الفتيات أيضاً .

* * *

(*) وهى ظاهرة خطبة الأطفال ، أو تسمية الأهل لأبنتهم حتيما تولد بأنها ستكون لفلان ابن عمها ، أو أن فلاناً هذا سيكون لهذه البنت . ويتفق الجميع على ذلك ، وبالتالى لا تتزوج البنت من شخص آخر ــ غير ابن العم ــ إلا إذا سمح لها بذلك .

أهم مراجع الدراسة

أولاً : المراجع العربية :

١ ــ أحمد حسنين القرنى ، قصة الطب عند العرب ، الدار القومية للطباعة والنشر ، القاهرة ، د.ت.

٢ ــ د. أحمد زايد وآخرون ، الأستهلاك فى المجتمع القطرى : أنماطه وثقافته ، مركز الوثائق والدراسات الإنسانية ، جامعة قطر ، الدوحة ، ١٩٩١ .

٣ ــ د. أحمد مختار منصور ، الإنسان والمرض ، منشورات جامعة الزقازيق ، د.ت.

٤ ــ إدارة خدمات الرعاية الصحية الأولية ، تطور خدمات الرعاية الصحية الأولية فى دولة قطر ، وزارة الصحة ، الدوحة ، ديسمبر ١٩٨٤ .

٥ ــ الجهاز المركزى للإحصاء ، التعداد العام للسكان والمساكن ، مارس ١٩٨٦ ، الدوحة ، سبتمبر ١٩٨٧ .

٦ ــ ــــــــ ، المجموعة الإحصائية السنوية ، العدد ١٢ ، الدوحة ، ١٩٩٢ .

٧ ــ ــــــــ ، النشرة السنوية للإحصاءات الحيوية ، ٧٤ ، الدوحة ، مايو ١٩٩١ .

٨ ــ د. السيد الحسينى وآخرون ، دراسات فى التنمية الإجتماعية ، ط ٥ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٤ .

٩ ــ د. السيد الحسينى ، المدينة ، دراسة فى علم الاجتماع الحضرى ، ط ٤ ، دار قطرى بن الفجاءة ، الدوحة ، ١٩٨٦ .

١٠ــ د. السيد فهمى الشناوى ، التداوى بالأعشاب ، مجلة الدوحة ، العدد ١١٠ ، فبراير ١٩٨٥ .

١١ــ المركز القومى للبحوث الاجتماعية ، الصحة : المسح الصحى ، إشراف الدكتور عبد الغفار خلاف ، القاهرة ، ١٩٨٧ .

١٢ــ د. أمينة كاظم ، السكان والعمالة الوافدة فى المجتمع القطرى ، هجر للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٩١ .

١٣ــ براكلسوس الجرمانى ، طب الكيمياء والأعشاب ، تصنيف وتحقيق الدكتور خليل باز ، دار الندى ، بيروت ، ١٩٨٩ .

١٤ــ د. بهنام شماس توما ، الطب الشعبى كنز ثمين ، مؤتمر النباتات الطبية فى الوطن العربى وآفاق تطويرها ، بغداد ، ٢٤ــ٢٧ نوفمبر ١٩٨٦ .

١٥ــ جامعة قطر ، التقرير الإحصائى السنوى ، العام الجامعى ٨٨ /١٩٨٩ ، الدوحة ، ١٩٨٩ .

١٦ــ د. جهينة سلطان العيسى ، التحديث فى المجتمع القطرى المعاصر ، شركة كاظمة للنشر والتوزيع ، الكويت ، ١٩٧٩ .

١٧ــ د. حسنى الخولى ، الريف والمدينة فى مجتمعات العالم الثالث ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٢ .

١٨ــ د. صلاح أبو طالب وآخر ، التربية الصحية ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ١٩٩٠ .

١٩ــ د. عاطف غيث ، قاموس علم الاجتماع ، الهيئة المصرية للكتاب ، القاهرة ، ١٩٧٩ .

٢٠ــ عامر بن يوسف ، الخدمات الصحية فى الدول النامية ، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ، العدد ٣٢ ، القاهرة ، يوليو ١٩٧٨ .

٢١ــ د. عبد الله أحمد الجنيد ، آداب المهنة الطبية ، مجلة الصحة ، العدد الأول ، جامعة صنعاء ، فبراير ١٩٨٤ .

٢٢ــ عبد الله لؤلؤ ، أنماط التراث الشعبى المتصلة بالمشكلة السكانية فى مصر ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٥ .

٢٣ــ د. عبد الرحمن اسحاق ، الطب الشعبى فى الجمهورية العربية اليمنية ، مجلة الصحة ، العدد الأول ، جامعة صنعاء ، فبراير ١٩٨٤

٢٤ــ عبد العزيز محمد المنصور ، التطور السياسى لقطر فى الفترة من بين ١٨٦٨ــ١٩١٦ ، ط ٢ ، دار ذات السلاسل ، الدوحة ، ١٩٨٠ .

٢٥ــ د. على المكاوى ، « الثبات والتغير فى العادات والتقاليد والمعارف الشعبية مع الإشارة إلى مجتمع الخليج » ، بحث مقدم إلى ندوة « التخطيط لجمع ودراسة العادات والتقاليد والمعارف الشعبية » ، مركز التراث الشعبى لدول الخليج من ١٣ــ١٧ يناير ١٩٨٥ ، الدوحة .

٢٦ــ ــــــــ، الشعوذة ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، العدد الأول ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠ .

٢٧ــ ــــــــ، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعى مع دراسة ميدانية على قرية سيف الدين بمحافظة دمياط ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٢ .

٢٨ــ ــــــــ، الطب السحرى ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، العدد الرابع ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٣ .

٢٩ــ ــــــــ، الصحة والظروف البشرية ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، العدد السابع ، دار المعارف ، القاهرة ، اكتوبر ١٩٨٤ .

٣٠ــ ــــــــ، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية : دراسة ميدانية فى علم الاجتماع الطبى ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٨٨ .

٣١ــ ــــــــ، علم الاجتماع الطبى : مدخل نظرى ، دار المعرفة الجامعية ، الاسكندرية ، ١٩٩٠ .

٣٢ــ ــــــــ، الأنثروبولوجيا الاجتماعية ودراسة التغير والبناء الاجتماعى ، مكتبة نهضة الشرق ، القاهرة ، ١٩٩٠ .

٣٣ــ ــــــــ، البيئة وأنماط المرض : دراسة ميدانية فى علم الاجتماع الطبى ، بحث مقدم إلى مؤتمر أعلام دمياط الذى تنظمة كلية التربية بدمياط جامعة المنصورة ، ١٠ــ١٢ مارس ١٩٩٠ .

٣٤ـ د. علياء شكرى ، البحوث الطلابية كأداة لجمع التراث الشعبى ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، العدد الثانى ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٣٥ـ د. فاروق اسماعيل ، « التغير الاجتماعى والثقافى فى المجتمع القطرى » ، ورقة مقدمة إلى ندوة « قضايا التغير فى المجتمع القطرى » مركز الوثائق والدراسات الإنسانية ، جامعة قطر ، جـ ١ ، ٢٥ـ٢٨ فبراير ، ١٩٨٩ ، الدوحة ، ١٩٩١ .

٣٦ـ د. فاروق العادلى ، دراسات أنثروبولوجية فى المجتمع القطرى ، دار الكتاب الجامعى ، القاهرة ، ١٩٨١ .

٣٧ـ فوزى عبد الرحمن ، دراسة أنثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية فى الريف المصرى مع التطبيق على إحدى القرى ، رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية بنات عين شمس ، ١٩٨٤ .

٣٨ـ د. كمال التابعى ، الإتجاهات المعاصرة فى دراسة القيم والتنمية ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٥ م .

٣٩ـ ماجدة حافظ ، ديناميات التفاعل الاجتماعى فى المؤسسات العلاجية : دراسة اجتماعية ميدانية ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، جامعة عين شمس ، ١٩٨٠ .

٤٠ـ د. محمد أمين ابراهيم وآخر ، المصايد القطرية : ماضيها وحاضرها ومستقبل نمائها ، مركز البحوث العلمية والتطبيقية ، جامعة قطر ، الدوحة ، ١٩٨٤ .

٤١ـ د. محمد الجوهرى ، بعض معالم التغير فى مجتمع غرب أسوان ، مطبعة جامعة القاهرة ، ١٩٧٥ .

٤٢ـ ــــــــــ ، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية ، جـ ١ ، دار الكتاب للتوزيع ، القاهرة ، ١٩٧٨ .

٤٣ـ ــــــــــ ، علم الفولكلور ، جـ ٢ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠ .

٤٤ـ د. محمد طالب الدويك ، الأغنية الشعبية فى قطر ، م ١ ، جـ ١ ، ٢ ، ط ٢ ، وزارة الثقافة والإعلام ، الدوحة ، ١٩٩٠ .

٤٥ــ د. محمد غانم الرميحى ، البترول والتغير الاجتماعى فى الخليج العربى ، معهد الدراسات العربية ، القاهرة ، ١٩٧٥ .

٤٦ــ ـــــــــ ، النفط والعلاقات الدولية : وجهة نظر عربية ، العدد ٥٢ من سلسلة عالم المعرفة ، الكويت ، ابريل ١٩٨٢ .

٤٧ــ د. محمد كامل حسين وآخرون ، الموجز فى تاريخ الطب والصيدلة عند العرب ، المنظمة العربية للتربية والثقافة ، القاهرة ، د.ت. .

٤٨ــ منظمة الصحة العالمية ، المكتب الإقليمى لشرق البحر المتوسط ، الممارسات التقليدية التى تؤثر على صحة المرأة والطفل ، المطبوع الفنى رقم (٢) ، تقرير عن الحلقة الدراسية التى عقدت فى الخرطوم من ١٠ــ١٥ فبراير ١٩٧٩ .

٤٩ــ د. نبيل صبحى حنا ، أنثروبولوجى فى العنبر ، الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، ع ١ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٠ .

٥٠ــ ـــــــــ ، الأنثروبولوجيا وخدمة قضايا الصحة والمرض فى مصر الكتاب السنوى لعلم الاجتماع ، ع ٣ ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٢ .

٥١ــ ـــــــــ ، المجتمعات الصحراوية فى الوطن العربى ، دار المعارف ، القاهرة ، ١٩٨٤ .

٥٢ــ د. هبة نصار ، دراسة فى اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية فى مصر ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، جامعة القاهرة ، ١٩٨٣ .

٥٣ــ وزارة التربية والتعليم ، التقرير السنوى للعام الدراسى ٨٨ /١٩٨٩ ، الدوحة ، ١٩٨٩ .

٥٤ــ وليم لين ، المصريون المحدثون : شمائلهم وعاداتهم ، ترجمة عدلى طاهر نور ، ط ٢ ، دار نشر الجامعات المصرية ، القاهرة ، ١٩٧٥ .

٥٥ــ يانوس كورناى ، صحة الأم ، ترجمة حسين محمود عباس ، عـ... الثقافة العالمية ، العدد ١٣ ، الكويت ، نوفمبر ١٩٨٣

* * *

ثانيا : المراجع الاجنبية :

1 - Acheson, Roy & Aird, Lesley (ed.), Seminars in Community Medicine, Vol. I: Sociology, Oxford Uni-Press, London, 1976.

2 - Boek, Walter & Boek, Jean, Society and Health, G.P. Putnem's Sons, New York, W.D.

3 - Bowden, Charles and Burstein, Alvin, Psychological. Basis of Medical Practice; An Introduction to Human Behavior, William & Wilkins, London, 1979.

4 - Bryant, John, Health and Developing World, Cornell Uni-Press, Ithaca and London, 1969.

5 - Cox, Caroline, Sociology: An Introduction for Nurses, Midwives and Health Vistors, Butterworth & Co., London, 1983.

6 - Elinson, J. and Mooney A., (ed.), Health Goals and Health Indicators: Policy, Planning and Evaluation, Westview Press, Colorado, 1977.

7 - El Messeri, Nawal, "Rural Health Care in Egypt" International Development Research Centre, Ottawa, 1980.

8 - Foster, George, Medical Anthropology, John Wiley & Sons, New York, 1978.

9 - ————, Traditional Societies and Social Change, (2 nd ed.), Harper & Row Publishers, New York, 1973.

10- ————, Traditional Cultures and Technological Change, New York, 1973.

11- Freeman, Howard and Others (ed.), Handbook of Medical Sociology, Prentice-Hall, Inc., New Jersey, 1969.

12- Hart, Nicky, The Sociology of Health and Medicine, Causway Ltd., Lancashire, 1985.

13- Klunzinger, C.B., Upper Egypt. Its People and Its Product, London, 1878.

14- Landy, David, (ed.), Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology, New York, 1977.

15- Leininger, M., Nursing and Anthropology: Two World to Blend, John Wiley & Sons Inc., New York, 1970.

16- Lewis, M., Social Anthropology in Perspective, (2 nd ed.), Cambridge Uni. Health and Human Condition, Wadsworth Publishig Co. Inc., California, 1978.

17- Logan, M. & Hunt, E., (ed.) Health and Human Condition, Warsworth Publishing Co. Inc., California, 1978.

18- Maclean, Una, Magical Medicine; A Nigerian Case-Study, Benguin Books, London, 1971.

19- Mair, Lucy, An Introduction to Social Anthropology, Oxford Uni. Press, 1968.

20- Mckeewn, Thomas & Lowe, R., An Introduction to Social Medicine, (2 nd ed.), Blackwell Scientific Publications, London, 1974.

21- Mechanic, David, Medical Sociology, (2 nd ed.), The Free Press, New York, 1978.

22- Nelson, Text Book of Pediatrics, (12th ed.), Vol. I, 1979.

23- Oakley, Peter, Community Involvement in Health Development, WHO, Geneva, 1989.

24- Parsons, Talcott, The Social System, Amerind Publishing Co. Put Ltd. New Delhi, 1972.

25- Partick, Donald & Scambler, Graham, (ed.), Sociology As Applied to medicine, Bailliere Tindall, London, 1982.

26- Read, Margaret, Culture, Health and Disease, Tavistock Publication, London, 1966.

27- Robinson, C., Basic Nutrition and Diet Therapy, (4th ed.), MacMillan Publishing Co. INC., New York, 1980.

28- Robertson, Leon & Heagarty, Margaret, Medical Sociology, Nelson-Hall Publishers, Chicago, 1978.

29- Rogers, Evert and Shoemaker, Floyed, Communication of Jnnovations, The Free Press, New York, 1971.

30- WHO, Eastern Mediterranean Region, Report of The Working Group on the Social and Behavioral Sciences in Health Services and Manpower Development, Alexandria, 25-29 July, 1977.

سلسلة علم الاجتماع المعاصر

صدر منها :

الكتاب الأول : ميادين علم الاجتماع :
اختيار وترجمة الدكاترة محمد الجوهرى وعلياء شكرى ومحمود عودة ومحمد على محمد والسيد الحسينى .

الكتاب الثانى : نظرية علم الاجتماع :
تأليف نيقولا تيماشيف ، ترجمة الدكاترة محمود عودة ومحمد الجوهرى ومحمد على محمد والسيد الحسينى .

الكتاب الثالث : أساليب الاتصال والتغير الاجتماعى :
تأليف الدكتور محمود عودة .

الكتاب الرابع : تمهيد فى علم الاجتماع :
تأليف بوتومور ، ترجمة الدكاترة محمد الجوهرى وعلياء شكرى ومحمد على محمد والسيد الحسينى .

الكتاب الخامس : مجتمع المصنع ، دراسة فى علم اجتماع التنظيم :
تأليف الدكتور محمد على محمد .

الكتاب السادس : الصفوة والمجتمع :
تأليف بوتومور وترجمة الدكاترة محمد الجوهرى وعلياء شكرى والسيد الحسينى ومحمد على محمد .

الكتاب السابع : الطبقات فى المجتمع الحديث :
تأليف بوتومور وترجمة الدكاترة محمد الجوهرى وعلياء شكرى ومحمد على محمد والسيد الحسينى .

الكتاب الثامن : علم الاجتماع الفرنسى المعاصر :
تأليف الدكتورة علياء شكرى .

الكتاب التاسع : قراءات معاصرة فى علم الاجتماع :
للدكاترة علياء شكرى ، ومحمد على محمد ، ومحمد الجوهرى .

الكتاب العاشر . دراسات فى التنمية الاجتماعية :

تأليف الدكاترة السيد الحسينى ، ومحمد على محمد وعلياء شكرى ومحمد الجوهرى .

الكتاب الحادى عشر : مشكلات أساسية فى النظرية الاجتماعية :

تأليف جون ركس ، ترجمة الدكاترة محمد الجوهرى ومحمد سعيد فرح ومحمد على محمد والسيد الحسينى .

الكتاب الثانى عشر : دراسات فى التغير الاجتماعى :

تأليف الدكاترة محمد الجوهرى وعلياء شكرى ومحمد على محمد والسيد الحسينى .

الكتاب الثالث عشر : دراسات علم الاجتماع :

اختيار وترجمة الدكاترة محمد الجوهرى وعلياء شكرى ومحمد على محمد والسيد الحسينى .

الكتاب الرابع عشر : علم الاجتماع الريفى والحضرى :

للدكتور محمد الجوهرى والدكتورة علياء شكرى .

الكتاب الخامس عشر : مقدمة فى علم الاجتماع :

تأليف اليكس انكلز ، ترجمة وتقديم الدكاترة محمد الجوهرى وعلياء شكرى والسيد الحسينى ومحمد على محمد .

الكتاب السادس عشر : مقدمة فى علم الاجتماع الصناعى :

تأليف الدكتور محمد الجوهرى .

الكتاب السابع عشر : علم الفولكلور ــ الجزء الأول :

تأليف الدكتور محمد الجوهرى .

الكتاب الثامن عشر : النظرية الاجتماعية ودراسة التنظيم

تأليف الدكتور السيد محمد الحسينى

الكتاب التاسع عشر مصادر دراسة الفولكلور العربى

اشراف الدكتور محمد الجوهرى

الكتاب العشرون : الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية :
اشراف الدكتور محمد الجوهرى .

الكتاب الحادى والعشرون : علم الاجتماع وقضايا التنمية فى العالم الثالث
تأليف الدكتور محمد الجوهرى .

الكتاب الثانى والعشرون : علم الفولكلور ، الجزء الثانى (دراسة المعتقدات الشعبية) :
تأليف الدكتور محمد الجوهرى .

الكتاب الثالث والعشرون : بعض ملامح التغير الاجتماعى الثقافى فى الوطن العربى ، دراسات ميدانية لثقافة بعض المجتمعات المحلية فى المملكة السعودية :
تأليف الدكتورة علياء شكرى .

الكتاب الرابع والعشرون : التراث الشعبى المصرى فى المكتبة الأوروبية :
تأليف الدكتور علياء شكرى .

الكتاب الخامس والعشرون : الإتجاهات المعاصرة فى دراسة الأسرة :
تأليف الدكتورة علياء شكرى .

الكتاب السادس والعشرون : دراسات معاصرة فى علم الاجتماع :
تأليف الدكتورة علياء شكرى .

الكتاب السابع والعشرون : عادات الطعام فى الوطن العربى :
تأليف الدكتورة علياء شكرى .

الكتاب الثامن والعشرون : الفلاحون والدولة :
تأليف الدكتور محمود عودة .

الكتاب التاسع والعشرون : تاريخ علم الاجتماع . الجزء الأول :
تأليف الدكتور محمد على محمد .

الكتاب الثلاثـــون : علم الإجتماع والمنهج العلمى :
تأليف الدكتور محمد على محمد .

الكتاب الحادى والثلاثون : أصول علم الاجتماع السياسى :
تأليف الدكتور محمد على محمد .

الكتاب الثانى والثلاثون : جماعات الفجر ، مع اشارة لفجر مصر والبلاد العربية :

تأليف الدكتور نبيل صبحى حنا .

الكتاب الثالث والثلاثون : الانثروبولوجيا : أسس نظرية وتطبيقات عملية :

تأليف الدكتور محمد الجوهرى .

الكتاب الرابع والثلاثون : علم الاجتماع السياسى ـــ المفاهيم والقضايا :

تأليف الدكتور السيد الحسينى .

الكتاب الخامس والثلاثون : علم الاجتماع العسكرى . التحليل السوسيولوجى لنسق السلطة العسكرية :

تأليف الدكتور أحمد خضر .

الكتاب السادس والثلاثون : الفكر الاجتماعى نظرية تاريخية عالمية :

تأليف هاينز موسى ترجمة الدكتور السيد الحسينى والدكتورة جهينة سلطان العيسى .

الكتاب السابع والثلاثون : التنمية والتخلف ، دراسة تاريخية بنائية :

تأليف الدكتور السيد الحسينى .

الكتاب الثامن والثلاثون : المدنية ، دراسة فى علم الاجتماع الحضرى :

تأليف الدكتور السيد الحسينى .

الكتاب التاسع والثلاثون : النظرية الاجتماعية المعاصرة ، دراسة لعلاقة الانسان بالمجتمع :

تأليف الدكتور على ليلة .

الكتاب الأربعون : علم الاجتماع بين الاتجاهات الكلاسيكية والنقدية :

تأليف الدكتور أحمد زايد .

الكتاب الحادى والاربعون : البناء السياسى فى الريف المصرى : تحليل لجماعات الصفوة القديمة والجديدة :

تأليف الدكتور أحمد زايد .

الكتاب الثانى والاربعون : علم الاجتماع الامريكى . دراسة لاعمال تالكوت بارسونز :

تأليف جى روشيه ، ترجمة الدكتور محمد الجوهرى والدكتور أحمد زايد .

الكتاب الثالث والاربعون : البنائية الوظيفية فى علم الاجتماع والانثروبولوجيا : المفاهيم والقضايا :

تأليف الدكتور على ليلة .

الكتاب الرابع والاربعون : علم الاجتماع والنقد الاجتماعى :

تأليف بوتومور ، ترجمة الدكاترة محمد الجوهرى والسيد الحسينى وعلى ليلة وأحمد زايد .

الكتاب الخامس والأربعون : الاقتصاد والمجتمع فى العالم الثالث :

تحرير آلن مونتجوى ، ترجمة وتعليق الدكاترة محمد الجوهرى وعلى ليلة وأحمد زايد .

الكتاب السادس والأربعون : علم الاجتماع ومشكلات وقت الفراغ :

تأليف الدكتور محمد على محمد .

الكتاب السابع والاربعون : علم الاجتماع :

تأليف جونسون ، ترجمة وتعليق الدكاترة علياء شكرى ومحمد الجوهرى وعلى ليلة ، وأحمد زايد ، وحسن الخولى . تحت الطبع .

الكتاب الثامن والاربعون : الريف والمدينة فى مجتمعات العالم الثالث :

تأليف الدكتور حسن الخولى .

الكتاب التاسع والاربعون : المرأة المصرية بين البيت والعمل :

تأليف الدكتور محمد سلامة آدم .

الكتاب الخمسون : النظرية الاجتماعية فى الفكر الإسلامى :

تأليف الدكتورة زينب رضوان .

الكتاب الحادى والخمسون : نحو نظرية اجتماعية نقدية :
تأليف الدكتور السيد الحسينى .

الكتاب الثانى والخمسون : التغير الاجتماعى :
اختيار وترجمة : الدكاترة محمد الجوهرى وعلياء شكرى وعلى ليلة .

الكتاب الثالث والخمسون : النظرية الاجتماعية ودراسة الاسرة :
تأليف الدكتورة سامية الخشاب .

الكتاب الرابع والخمسون : البناء الاجتماعى والثقافى فى مجتمع الغجر :
دراسة انثروبولوجية لتأثير البناء والثقافة والشخصية على التكامل الاجتماعى . تأليف الدكتور نبيل صبحى حنا .

الكتاب الخامس والخمسون : المجتمع والثقافة والشخصية . مدخل الى علم الاجتماع :
تأليف الدكاترة محمد على محمد ، وغريب سيد أحمد وعلى عبد الرازق جلبى .

الكتاب السادس والخمسون : التصنيع فى الدول النامية :
تأليف آلان مونتجوى ، ترجمة وتقديم الدكتور السيد الحسينى .

الكتاب السابع والخمسون : علم اجتماع الادارة . مفاهيم وقضايا :
تأليف الدكتور عبد الهادى الجوهرى .

الكتاب الثامن والخمسون : **دراسات فى علم الاجتماع الطبى :**
للدكاترة محمد على محمد ، وعلى جلبى ، وسناء الخولى ، وسامية جابر .

الكتاب التاسع والخمسون : **نقد علم الاجتماع الماركسى . دراسة فى النظرية الاجتماعية :**
تأليف بوتومور ، ترجمة وتعليق الدكتور محمد على محمد والدكتور على جلبى .

الكتاب الستون : **دراسات فى علم الاجتماع السياسى :**
تأليف الدكتور عبد الهادى الجوهرى .

الكتاب الحادى والستون : معجم علم الاجتماع :
ترجمة وتعليق الدكتور عبد الهادى الجوهرى .

الكتاب الثانى والستون : الشباب والمشاركة السياسية :
تأليف الدكتور سعد ابراهيم جمعة .

الكتاب الثالث والستون : المدخل الى علم الاجتماع :
تأليف الدكتور محمد الجوهرى .

الكتاب الرابع والستون : تنمية العالم الثالث ، الأبعاد الاجتماعية الاقتصادية :
للدكاترة على ليلة وأحمد زايد ومحمد الجوهرى .

الكتاب الخامس والستون : فلفريدو باريتو ودورة الصفوة فى اطار النظام :
تأليف الدكتور على ليلة .

الكتاب السابع والستون : المرأة والمشكلة السكانية فى العالم الثالث :
تحرير ريتشارد أنكر وزملائه ، ترجمة الدكاترة علياء شكرى وحسن الخولى وأحمد زايد ، مراجعة محمد الجوهرى .

الكتاب الثامن والستون : الاتجاهات التقليدية والحديثة فى الانثروبولوجيا الاجتماعية :
تأليف الدكتور نبيل صبحى حنا .

الكتاب التاسع والستون : المجتمعات الصحراوية فى الوطن العربى :
تأليف الدكتور نبيل صبحى حنا .

الكتاب السبعون : المرأة فى الريف والحضر . دراسة لحياتها فى العمل والأسرة :
تأليف الدكاترة علياء شكرى وحسن الخولى وأحمد زايد .

الكتاب الحادى والسبعون : السكان والتنمية . دراسة انثروبولوجية فى قريتين مصريتين :
اشراف الدكتورة علياء شكرى تحت الطبع .

الكتاب الثانى والسبعون : الانثربولوجيا الاجتماعية :

تأليف لوسى مير ، ترجمة الدكتورة علياء شكرى والدكتور حسن الخولى ، مراجعة الدكتور محمد الجوهرى .

الكتاب الثالث والسبعون : المرأة فى العمل الزراعى . دراسة انثروبولوجية :

للدكاترة علياء شكرى وحسن الخولى وأحمد زايد ، تحت الطبع .

الكتاب الرابع والسبعون : الاتجاهات المعاصرة فى دراسة القيم والتنمية :

تأليف الدكتور كمال التابعى .

الكتاب الخامس والسبعون : دراسات فى علم اجتماع التنمية :

تأليف الدكتور محمد الجوهرى والدكتور كمال التابعى .

الكتاب السادس والسبعون : السياسة الاجتماعية والتخطيط فى العالم الثالث :

تأليف الدكتور محروس محمود على خليفة .

الكتاب السابع والسبعون : الجيش والمجتمع ، دراسة فى علم الاجتماع العسكرى :

تأليف الدكتور أحمد ابراهيم خضر .

الكتاب الثامن والسبعون : الدولة فى العالم الثالث ، الرؤية السوسيولوجية :

تأليف الدكتور أحمد زايد .

الكتاب التاسع والسبعون : الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية : دراسة ميدانية فى علم الاجتماع الطبى :

تأليف الدكتور على المكاوى .

الكتاب الثمانون : علم الاجتماع الطبى : مدخل نظرى :

تأليف الدكتور على المكاوى .

الكتاب الحادى والثمانون : الانثروبولوجيا الطبية : دراسة نظرية وبحوث ميدانية .

تأليف الدكتور على المكاوى .

الكتاب الثانى والثمانون : الانثروبولوجيا الاجتماعية ودراسة التغير والبناء الاجتماعى :

تأليف الدكتور على المكاوى .

★ ★ ★

المحتويـــات

رقم الإيداع بدار الكتب
١٩٩١/٥٨٩٢
ترقيم دولى ٠ ـ ٤٣ ـ ٥١١٦ ـ ٩٧٧